

.....  
Miejscowość i data.....  
Imię i nazwisko pracownika.....  
Jednostka organizacyjna**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH ZA ROK .....**

1. Osoby uprawnione do korzystania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych :

Lp.	Imię i Nazwisko osoby uprawnionej	Data urodzenia – nie dotyczy pracownika

2. Liczba osób tworzących gospodarstwo domowe .....

3. Na podstawie składników dochodów, wynikających z łącznego rocznego rozliczenia dochodów członków rodziny brutto za rok poprzedni po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz zdrowotne wg rozliczenia dochodu składanego do Urzędu Skarbowego -
- o ś w i a d c z a m**
- ,
- 
- że dochód na jednego członka rodziny wynosi ..... miesięcznie.

4. W przypadku podania zaniżonych danych o dochodach lub innych danych mających wpływ na zasadność świadczenia zobowiązuję się niezwłocznie zwrócić nienależnie otrzymane świadczenia, nie później niż w terminie 30 dni od dnia poinformowania mnie w formie pisemnej o utracie prawa do świadczenia. W przypadku niedokonania zwrotu, wyrażam zgodę na potrącenie kwoty na rzecz spłaty nienależnie otrzymanego świadczenia z mojego wynagrodzenia za pracę.

.....  
podpis pracownika