

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy, e-mail)

Jestem: - emerytem UAM *

- rencistą UAM *

- pobieram świadczenie rehabilitacyjne od do

WNIOSEK

Proszę o przyznanie z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych UAM w roku **2025** dofinansowania kosztów jednego zajęcia sportowego organizowanego w obiektach sportowych UAM**:

Lp.	Rodzaj zajęcia sportowego	Zaznaczyć właściwe znakiem „X”
1	Pływanie zdrowotne forma stacjonarna	
2	Gimnastyka usprawniająca forma stacjonarna	

OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto przypadający na członka mojej rodziny w **2024** roku mieści się w przedziale:

Przedział dochodu	Wysokość dochodu	Zaznaczyć właściwe znakiem „X”
I przedział	Dochód do 150% minimalnego wynagrodzenia	
II przedział	Dochód powyżej 150% do 225% minimalnego wynagrodzenia	
III przedział	Dochód powyżej 225% do 300% minimalnego wynagrodzenia	
IV przedział	Dochód powyżej 300% minimalnego wynagrodzenia	

Pouczenie:

Minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w oświadczeniu o dochodzie w roku 2024 wyniosło 4.242 zł.

Zgodnie z § 5 ust. 7 Regulaminu podstawę przyznania i wysokości świadczenia z Funduszu stanowi średni miesięczny dochód brutto przypadający na członka rodziny osoby uprawnionej z roku kalendarzowego poprzedzającego złożenie wniosku. Dochodem

brutto jest przychód bez pomniejszania o koszty uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz należny podatek dochodowy.

Zgodnie z § 5 ust. 8 Regulaminu podstawą ustalenia dochodu przypadającego na członka rodziny osoby uprawnionej jest suma dochodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł uzyskanych przez członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, podzielona przez liczbę tych osób.

Zgodnie z § 5 ust. 10 Regulaminu osoba, która złoży oświadczenie niezgodne z prawdą, przedłoży sfałszowane dokumenty lub w inny sposób świadomie i celowo wprowadzi Rektora w błąd, jest zobowiązana do zwrotu uzyskanego świadczenia w terminie określonym przez Rektora.

....., dnia
(miejscowość)

.....
(podpis wnioskodawcy)

DECYZJA MIĘDZYZWIĄZKOWEGO ZESPOŁU: POZYTYWNA* NEGATYWNA*

Kwota świadczenia:zł kwartalnie

Poznań, dnia

Przewodniczący / ca Zespołu

* niepotrzebne skreślić

** właściwe zaznaczyć znakiem „x”