

ZARZĄDZENIE NR 403
DYREKTORA TECHNIKUM NR 3 W MALBORKU
z dnia 2 marca 2026 r.

w sprawie: **wprowadzenia zmian do regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Technikum Nr 3 w Malborku**

Na podstawie:

- 1) *Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 998);*
- 2) *Ustawa z dnia 23 maja 1991r. o związkach zawodowych (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 854);*
- 3) *Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 986);*
- 4) *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 marca 2009 r. w sprawie sposobu ustalania przeciętnej liczby zatrudnionych w celu naliczania odpisu na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 43, poz. 349);*
- 5) *Ustawa z dnia 23 grudnia 1999 roku o kształtowaniu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej oraz o zmianie niektórych ustaw (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2692 z póź. zm.);*
- 6) *Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 163 z późn. zm.);*

Zarządzam, co następuje:

§ 1.

Wprowadza się n/w zmiany do regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFŚS) w Technikum Nr 3 w Malborku określonego w zarządzeniu nr 365 Dyrektora Technikum Nr 3 z dnia 1 września 2022 r. z późniejszymi zmianami:

1. załącznik nr 3, o którym mowa w § 9 i § 13 przyjmuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia,
2. załącznik nr 6, o którym mowa w § 12 przyjmuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zmiany zostały uzgodnione z działającymi w Jednostce organizacjami związkowymi.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 maja 2026 r.

Związki zawodowe:

1.
2.

**Tabela dofinansowania do wypoczynku powyżej 4 dni,
opieki na dziećmi w żłobkach i przedszkolach
oraz indywidualnych zajęć sportowo-rekreacyjnych
uwzględniając przeciętny miesięczny dochód
na 1 osobę w rodzinie uprawnionego**

Grupa dochodowa	Dochód na osobę	% dofinansowania
I	do 3500 zł	30 % poniesionych kosztów obowiązkowych
II	do 4500 zł	20 % poniesionych kosztów obowiązkowych
III	pow. 4500 zł	10 % poniesionych kosztów obowiązkowych

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

....., dn. r.
(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

1. **Dochód miesięczny brutto to dochód** uzyskany przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym w roku, podzielony przez 12 miesięcy i przez ilość osób.

2. **Uwaga:**

* Sytuację materialną rodziny należy określić w oparciu o zeznanie roczne PIT za poprzedni rok podatkowy. Z PIT wybieramy dochód.

* W przypadku uzyskiwania innych świadczeń np. alimenty, 800+, itp. należy je dodać.

* W przypadku osób, których jedynym źródłem dochodu jest prowadzenie działalności gospodarczej, dochodem z tego źródła nie może być kwota mniejsza niż deklarowana do ustalenia podstawy naliczenia składek na ubezpieczenie społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą. W przypadku osób, których prowadzenie działalności gospodarczej stanowi dodatkowe źródło dochodu, dochód z tego źródła nie może być kwotą mniejszą niż połowa kwoty deklarowanej do ustalenia podstawy naliczenia składek na ubezpieczenie społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą. Jeżeli z tytułu tej działalności nie istnieje obowiązek ubezpieczenia społecznego, należy przyjąć wysokość kwoty ustalonej dla osoby, dla której ten obowiązek by występował.

* W przypadku dochodu uzyskiwanego z gospodarstwa rolnego, przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wys. $\frac{1}{12}$ dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia, przez Prezesa GUS (<http://www.stat.gov.pl>) na podstawie art. 18 ustawy o podatku rolnym.

* Do dochodu nie wlicza się nagród i stypendiów udzielanych uczniom i studentom.

3. Oświadczam, że **dochód miesięczny brutto** przypadający na jednego członka rodziny mieści się w grupie:

GRUPA I	do 3500,00 zł
GRUPA II	do 4500,00 zł
GRUPA III	powyżej 4500,00 zł

4. Liczba osób (łącznie ze składającym oświadczenie) pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym: Są to:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (podać tylko w przypadku dzieci)	Stopień pokrewieństwa
1.			Wnioskodawca
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

5. **DOTYCZY TYLKO EMERYTÓW/RENCISTÓW:**

Oświadczam, że osiągam/nie osiągam* dochodu z tytułu zawartego stosunku pracy na okres od do i korzystam/nie korzystam* z funduszu socjalnego w tym zakładzie pracy, w którym mam zawartą umowę.

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić