**REGULAMIN ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH SP ZOZ w SŁAWKOWIE**

**§ 1**

1. „SP ZOZ Sławków-skrót, stosowany w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, oznacza: Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą –przedsiębiorstwo; Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie, mieszczący się na ul. PCK 3, 41-2160 Sławków, posiadający NIP-637-19-43-7014, Regon;356277562-00028
2. „ZFSS SP ZOZ Sławków” – skrót, stosowany w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, oznacza: Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie.

**§ 2**

1. **Regulamin ZFŚS SP ZOZ Sławków tworzy się  na podstawie Ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o Zakładowym Funduszu Świadczeń Socjalnych z późn.zm.**

**§ 3**

1. **ZFŚS SP ZOZ Sławków tworzy się z corocznego odpisu podstawowego, naliczanego w stosunku do przeciętnej liczby osób zatrudnionych w SP ZOZ Sławków.**
2. **Wysokość odpisu o którym mowa w pkt.1 na każdego pracownika zatrudnionego w SP ZOZ Sławków wynosi:37,5% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej w roku poprzednim lub w drugim półroczu roku poprzedniego, jeżeli przeciętne wynagrodzenie z tego okresu stanowiło kwotę wyższą.**
3. **Przeciętne wynagrodzenie miesięczne o którym mowa w pkt.3,ogłasza Prezes Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczpospolitej Polskiej” Monitor Polski” nie później niż do dnia 20 lutego każdego roku.**
4. **Wysokość naliczenia odpisu na ZFŚS SP ZOZ Sławków dokonuje gł. księgowy.**
5. **Przeciętną liczbę osób zatrudnionych w SPZOZ Sławków, w celu naliczenia odpisu na ZFSS ustala i przedkłada do obliczenia gł. księgowemu, pracownik działu kadr.**
6. **Równowartość dokonanego odpisu na dany rok pracodawca przekazuje na rachunek bankowy ZFŚS w terminie do dnia 30 września danego roku, z tym że w terminie do dnia 31 maja pracodawca przekazuje kwotę stanowiącą co najmniej 75% równowartości odpisów.**

**§ 4**

1. Ze świadczeń ZFŚS SP ZOZ Sławków mogą korzystać:
2. Pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sławkowie,
3. Członkowie rodzin osób wymienionych w pkt. 1.
4. Członkami rodzin, o których mowa w pkt.2 są:
5. dzieci własne, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, dzieci współmałżonka, wnuki i rodzeństwo uczące się i pozostające na utrzymaniu osoby uprawnionej do 18 lat.

**§ 5**

1. Środki ZFŚS SP ZOZ Sławków przeznacza się na finansowanie (dofinansowanie):

1) Zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie; kolonii, zimowisk, obozów, kolonii zdrowotnych jednak nie częściej niż raz w roku na 1 dziecko. Pracownik może ubiegać się o przyznanie dopłaty, dofinansowania do w/w świadczeń poprzez złożenie stosownego wniosku **(załącznik nr 1**) wraz z fakturą lub innym dowodem wpłaty. Wysokość dofinansowania przysługuje zgodnie z tabelą dopłat do świadczeń (**załącznik nr 3 do Regulaminu ZFŚS)**.Kwota dofinansowania nie może przekroczyć kosztów poniesionych przez opiekunów.

2) Świadczenia urlopowego organizowanego przez pracownika we własnym zakresie tzw.(wczasów pod gruszą).

a. Świadczenie urlopowe, wymienione w pkt.2 ,wypłaca się 1 raz w roku każdemu pracownikowi korzystającemu w danym roku kalendarzowym z urlopu wypoczynkowego

w wymiarze co najmniej 14 kolejnych dni kalendarzowych.

b. Wypłata świadczenia urlopowego następuje po uprzednim złożeniu przez pracownika wniosku **(załącznik nr 1**).Wysokość wypłaty następuje zgodnie z tabelą dopłat do świadczeń, jednak nie później niż w ostatnim dniu poprzedzającym rozpoczęcie urlopu wypoczynkowego.

3) Zapomóg pieniężnych bezzwrotnych.

4) Pomoc finansową, rzeczową przyznawaną pracownikom z okazji; Świąt Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy.

**§ 6**

1. Wysokość dofinansowania w **§ 5 pkt.1,2,3,4**  przyznawana jest zgodnie z przyjętym na dany rok obrachunkowy preliminarzem przychodów i wydatków, zatwierdzonym przez Komisję ZFŚS SPZOZ Sławków oraz KZ NSZZ Solidarność.

2. Komisję ZFŚS powołuje Zarządzeniem Dyrektor SPZOZ Sławków.

3. Przyznanie i wysokość finansowania/ dofinansowania ujętego w **§ 5 pkt.1,2,3,4** uzależnia się od sytuacji: życiowej, rodzinnej i materialnej pracowników zakładu.

**§ 7**

1. Pracownik nabywa prawo do uzyskania świadczenia z ZFŚS SPZOZ Sławków od momentu jego zatrudnienia w zakładzie.
2. Pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy, otrzymują wszystkie świadczenia w wysokości proporcjonalnej do wymiaru czasu pracy.

**§ 8**

1. Podstawę do finansowania, obliczania dofinansowania wykazanego w **§ 5 pkt 1,2,3,4**- stanowi dochód przypadający na 1 osobę w rodzinie wykazany w oświadczeniu pracownika. **załącznik nr 2 do Regulaminu ZFŚS.**
2. Pracownik składa w/w oświadczenie do miesiąca lutego każdego roku.
3. Pracownik ma obowiązek ująć w oświadczeniu pełną wysokość wszystkich dochodów przypadających na 1 członka rodziny.

**§ 9**

1. Osoby spełniające kryteria socjalne uzyskują w zakresie ujętym w **§5 pkt.1,2,3,4** dopłatę z ZFŚS SPZOZ Sławków określoną przez Komisję ZFŚS SP ZOZ Sławków w tabeli dopłat do świadczeń stanowiącej **Załącznik** **nr** **3 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.**
2. Tabela dopłat zawiera zróżnicowaną wysokość: zapomóg, dofinansowania do wypoczynku organizowanego we własnym zakresie przez osoby uprawnione oraz do wypłaty pomocy finansowej z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy.

**§ 10**

1. W szczególnie trudnej sytuacji materialnej, życiowej, rodzinnej i zdrowotnej oraz w szczególnych przypadkach losowych Komisja ZFŚS SP ZOZ Sławków może przyznać pracownikowi zapomogę pieniężną bezzwrotną.
2. Decyzję o przyznaniu zapomogi podejmuje Komisja ZFŚS SP ZOZ Sławków.
3. Wypłata zapomogi ma miejsce po złożeniu przez pracownika podania argumentującego jej przyznanie zaistniałą trudną sytuacją materialną, rodzinną czy zdrowotną .

**§ 11**

1. Działalność ZFŚS SP ZOZ Sławków prowadzona jest w oparciu o zatwierdzony przez Komisję na dany rok kalendarzowy preliminarz przychodów i wydatków.

**§ 12**

1. Kwalifikacji wszystkich wniosków dokonuje komisja ZFŚS SP ZOZ Sławków.

**§ 13**

1. W przypadku odmownego załatwienia wniosku - osobie zainteresowanej powinno się podać uzasadnienie odmowy.

**§ 14**

1. **Środkami ZFŚS SPZOZ Sławków administruje pracodawca.**
2. **Środki Funduszu są gromadzone na odrębnym rachunku bankowym.**
3. **Środki Funduszu zwiększa się o odsetki bankowe.**

**§ 15**

1. **Środki ZFŚS SPZOZ Sławków niewykorzystane w danym roku kalendarzowym przechodzą na rok następny.**

**§ 16**

1. W sprawach nie uregulowanych w regulaminie ZFŚS SP ZOZ Sławków, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

**§ 17**

1. Treść regulaminu uzgodniono z zakładową organizacją związkową NSZZ Solidarność.

**§ 18**

1. **Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą od dnia** **01.01.2014r.**

**Zatwierdził: *(Dyrektor SP ZOZ Sławków) .............................***

***KZ NSZZ Solidarność;……………………………***

Komisja ZFŚS SPZOZ Sławków:

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**DO REGULAMINU ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH SP ZOZ**

**W SŁAWKOWIE- WNIOSEK O PRZYZNANIE DOPŁATY, DOFINANSOWANIA**

**…………………………………………..**

**imię i nazwisko pracownika**

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE DOPŁATY, DOFINANSOWANIA Z ZFŚS W ………………R**

**Proszę o przyznanie mi dofinansowania do :**

**-wczasów organizowanych we własnym zakresie**

**Urlop wykorzystam w okresie od ……………………………..do………………………..**

**…………………………. …………………………………..**

**Data Podpis pracownika**

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE DOPŁATY, DOFINANSOWANIA Z ZFŚS W ………………R**

**Proszę o przyznanie mi dofinansowania do :**

**-kolonii ,zimowiska, innego zorganizowanego wypoczynku dzieci**

**…………………………. …………………………………..**

**Data Podpis pracownika**

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**DO REGULAMINU ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH SP ZOZ W SŁAWKOWIE- OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**

**…………………………………………..**

**imię i nazwisko pracownika**

**Oświadczenie**

**o sytuacji materialnej rodziny za rok ……….. .. …..niezbędne do celów przyznania świadczeń pracowniczych z ZFŚS.**

**Ja niżej podpisany oświadczam, że średniomiesięczny dochód\* na jednego członka w mojej rodzinie w roku…………………… znajduje się w grupie …………………….. (proszę wybrać 1 z niżej wymienionych grup)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa Grupy** | **Zakres w grupie dochodu przypadającego na 1 osobę w rodzinie** |
| 1. | GRUPA I | Nie przekracza 1 000,00zł netto |
| 2. | GRUPA II | Wynosi od 1 001,00zł-1 500,00zł netto |
| 3. | GRUPA III | Wynosi od 1 501,00zł-2 000,00zł netto |
| 4. | GRUPA IV | Wynosi od 2 000,00zł-2 500,00zł netto |
| 5. | GRUPA V | Dochód netto przekracza 2 500,00zł |

**mam na utrzymaniu ……………………………………………………..dzieci \*\***

**\*Dochodem gospodarstwa domowego są wszelkie dochody osób wspólnie zamieszkujących i gospodarujących podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o kwotę świadczonych na rzecz dzieci alimentów ustalonych wyrokiem lub ugodą sądową. W dochodzie gospodarstwa domowego uwzględnia się kwotę alimentów otrzymywanych na rzecz dzieci na podstawie wyroku lub ugody sądowej.**

**Dochód –oznacza przychód pomniejszony o koszty jego uzyskania i pomniejszony o kwoty nie podlegające opodatkowaniu tj.(składki ZUS : emerytalne , rentowe i chorobowe) zgodne z rocznym zeznaniem podatkowym za rok poprzedni (PIT – 36, 37,40).Dochodem na osobę w gospodarstwie domowym jest kwota wynikająca z podzielenia dochodu gospodarstwa domowego, o którym mowa ,przez liczbę osób pozostających w tym gospodarstwie.**

**\*\*Przez dzieci na utrzymaniu rozumie się te które do dnia złożenia wniosku o uzyskanych dochodach nie ukończyły 25 r.ż i nie osiągają dochodów z tytułu pracy.**

**Złożenie nieprawdziwych danych powoduje że pracownik nie będzie korzystał z żadnego dofinansowania czy przewidzianej regulaminem pomocy w roku następnym. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowych danych wyrażam zgodę na potrącenie nadpłaconych świadczeń z moich wynagrodzeń.**

**………………………………… …………………………**

**Data wystawienia oświadczenia Podpis pracownika**

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**DO REGULAMINU ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH SP ZOZ w SŁAWKOWIE- TABELA DOPŁAT DO ŚWIADCZEŃ**

**Tabela nr 1.Wielkości dochodu przypadającego na członka rodziny.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa Grupy** | **Zakres w grupie dochodu przypadającego na 1 osobę w rodzinie** |
| 1. | GRUPA I | Nie przekracza 1 000,00zł netto |
| 2. | GRUPA II | Wynosi od 1 001,00zł-1 500,00zł netto |
| 3. | GRUPA III | Wynosi od 1 501,00zł-2 000,00zł netto |
| 4. | GRUPA IV | Wynosi od 2 000,00zł-2 500,00zł netto |
| 5. | GRUPA V | Dochód netto przekracza 2 500,00zł |

**Tabela nr 2. Wielkości dopłat do świadczeń ujętych w § 5 pkt 1,2,3,4 Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych SP ZOZ Sławków:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa Grupy** | **% dopłaty kwoty bazowej** |
| 1. | GRUPA I | 100% kwoty bazowej |
| 2. | GRUPA II | 95% kwoty bazowej |
| 3. | GRUPA III | 90% kwoty bazowej |
| 4. | GRUPA IV | 85% kwoty bazowej |
| 5. | GRUPA V | 80% kwoty bazowej |

* **Przez pojęcie kwoty bazowej rozumie się-ustaloną przez Komisję ZFŚS SP ZOZ Sławków kwotę świadczenia przypadającą na etat pracownika w zakresach:**

1) Zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie; kolonii, zimowisk, obozów, kolonii zdrowotnych,

2) Świadczenia urlopowego organizowanego przez pracownika we własnym zakresie tzw.(wczasów pod gruszą).

3) Zapomóg pieniężnych bezzwrotnych,

4) Pomocy finansowej, rzeczowej przyznawanej z okazji; Świąt Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy, osobom uprawnionym której wielkość/wartość uzależniona jest od sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej danej osoby.