

.....
wnioskodawca

.....
miejscowość, dnia

nr tel.

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA
Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

Proszę o przyznanie mi pomocy socjalnej¹:

1. zapomogi losowej
2. zapomogi rzeczowej
3. zapomogi finansowej
4. dofinansowanie do wypoczynku organizowanego we własnym zakresie (tzw. „wczasy pod gruszą”)
5. dofinansowanie do wycieczek krajowych i zagranicznych
6. dopłaty do wczasów zakupionych przez uprawnionego
7. dopłaty do wypoczynku dzieci i młodzieży
8. pomocy finansowej w związku ze zwiększonymi wydatkami świątecznymi
9. pożyczki mieszkaniowej
10. inne

z powodu (krótkie uzasadnienie)

.....
Do wniosku załączam:

.....
.....

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że łączne dochody² wszystkich osób wspólnie zamieszkujących i prowadzących ze mną gospodarstwo domowe, **przekraczają ostatni próg dochodowy** miesięcznie na osobę w moim gospodarstwie domowym.

Prawdziwość wyżej wymienionych danych potwierdzam własnym podpisem, świadomy/a odpowiedzialności karnej i określonej w regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udzielenia pomocy z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim przez Dyrektora Szkoła i przedstawicieli organizacji związkowych działających na terenie placówki.

.....
(data i podpis uprawnionego)

Decyzją z dnia przyznano pomoc w formie w kwocie złotych.

Akceptacja przedstawicieli organizacji związkowych:

Akceptacja dyrektora:

.....
¹ podkreślić właściwe

² zgodnie z Regulaminem ZFŚS

Aneks nr 1 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI RODZINNEJ I MATERIALNEJ OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ ZFŚS *

Nazwisko i imię:

Zajmowane stanowisko:

Adres zamieszkania:

Nr tel.:

Oświadczam, że w dniu** we wspólnym gospodarstwie domowym poza mną wchodzi następujące osoby, uprawnione zgodnie z regulaminem do korzystania z ZFŚS / jestem osobą samotną***:

L.p.	Stopień pokrewieństwa (należy użyć określić typu: mąż, partner, syn, córka, babcia, teściowa itp.) NIE UŻYWAĆ IMIENIA I NAZWISKA	Data urodzenia (dotyczy dzieci)	Czy uzyskuje dochód Tak/Nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych przez pracodawcę wyłącznie do celów związanych z gospodarowaniem środkami ZFŚS.

Świadoma(y) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że podane informacje dotyczące mnie i mojej rodziny są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość Data Podpis

* Przed wypełnieniem należy zapoznać się z regulaminem ZFŚS

** Należy podać datę wypisania wniosku

*** Niewłaściwe skreślić