

.....
Nazwisko i imię – wnioskodawcy

Adres zamieszkania:

Stanowisko pracy:

Nr emerytury / renty:

Nr telefonu:

W N I O S E K
o przyznanie dofinansowania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie do:

1. dofinansowanie do spotkania kulturalno-oświatowego (kino, teatr itp.).
2. dofinansowania do udziału w imprezie rekreacyjno-sportowej (wycieczka, itp.)

dla niżej wymienionych osób:

1.
(nazwisko i imię osób innych uprawnionych, niż wnioskodawca)

Oświadczam, że średniomiesięczny dochód netto na jednego członka rodziny pozostającym we wspólnym gospodarstwie domowym za poprzedni rok wynosi:

Grupa	Dochód na osobę w rodzinie	Wybór progu ¹
I	do 3000,00 zł	<input type="checkbox"/>
II	od 3001,00 zł do 4500,00 zł	<input type="checkbox"/>
III	od 4501,00 zł do 5500,00 zł	<input type="checkbox"/>
IV	powyżej 5501,00 zł	<input type="checkbox"/>

¹ zaznaczyć jeden z progów znakiem X

**dochód netto jest uzyskiwany ze stosunku pracy, emerytur, rent oraz przysporzeń (otrzymywane alimenty, świadczenia z programu 800+, stypendia, zasiłki itp.)*

Prawdziwość wyżej wymienionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności karnej oraz skutków wynikających z Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego im. Przyjaciół Dzieci w Lubinie. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym oświadczeniu w celu rozpatrzenia.

Miejscowość i data:

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Terminy złożenia wniosku:

- pkt 1 i 2 – na bieżąco.

Niekompletny wniosek, np. niedokonanie wyboru progów dochodowych nie będzie rozpatrzony.

Zespół proponuje / odmawia* przyznania świadczenia w wysokości:zł. brutto.

słownie:.....

Uwagi:

.....

Podpisy i data, członków Zespołu:

1.

2.

3.

Uzgodniono przyznanie świadczenia z przedstawicielami związków zawodowych.

Podpis i data przedstawicieli związków zawodowych:

1.

2.

Decyzja Dyrektora.

Przyznano świadczenie w formie

w kwocie zł brutto, (słownie:zł.)

Odmówiono przyznania świadczenia z powodu:

.....

.....
(data i podpis Dyrektora)

Uwaga!

* *niepotrzebne skreślić.*