

Wniosek o przyznanie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych udzielenie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej		
..... (imię i nazwisko wnioskodawcy)		
Data wpływu Przyjął	Nr wniosku..... rok 20..... (nazwa komórki organizacyjnej miejsca wykonywania pracy)

Wnoszę o przyznanie zapomogi z powodu:

1. długotrwała lub nagła choroby
2. śmierć osoby najbliższej
3. trudna sytuacja finansowa
4. indywidualne zdarzenie losowe

Ubiegam się o dofinansowanie na (podaj pokrewieństwo):

1. wnioskodawca
2. mąż
3. dziecko: córka ; syn

Dokumenty:

1. zaświadczenie lekarskie o nagłej chorobie wraz z fakturami
2. faktury, protokoły, zaświadczenia

Załączniki: oświadczenie o dochodach (Załącznik Nr 3 do Regulaminu), dokumenty jak powyżej.

Olsztyn, dnia

1. Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz. 1000) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych członków mojej rodziny dla celów Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
2. Oświadczam, iż zapoznałam się z Klauzulą Informacyjną i przysługującymi mi prawami na mocy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym art. 15 do 22 i 34.
3. Będąc świadom/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że podane przeze mnie dochody moje i mojej rodziny są zgodne ze stanem faktycznym oraz że podałem/am stan mojej rodziny aktualny w dniu składania niniejszego wniosku.
4. W przypadku zmiany mojej sytuacji życiowej/rodzinnej/materialnej mającej wpływ na średni dochód w rodzinie i wysokość dofinansowania lub refundacji wg zasad Regulaminu ZFŚS zobowiązuję się do niezwłocznej aktualizacji danych w niniejszym zakresie.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia Komisja Socjalna

1. Wymagane dokumenty złożone:

tak nie

2. Na podstawie oświadczenia ustalono dochód na osobę w rodzinie zł

3. Przyjęto najwyższy z możliwych dochód na osobę w rodzinie tak

4. Wniosek zaopiniowano: negatywnie pozytywnie

5. Wysokość przysługującego świadczenia socjalnego: zł

UWAGI:
.....
.....
.....
.....
.....

Olsztyn, dnia.....

.....
Podpis Przewodniczącej Komisji Socjalnej

.....
Podpis Z-cy Przewodniczącej Komisji Socjalnej

.....
Podpis Członka Komisji Socjalnej