Załącznik nr 3

Poznań, dnia .................................

pieczątka placówki

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia socjalnego**

**z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

Imię i nazwisko wnioskodawcy:...........................................................................................

Adres zamieszkania:.............................................................................................................

Stanowisko:..........................................................................................................................

Proszę o przyznanie mi z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych świadczenia socjalnego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia** | **Właściwe zaznaczyć "X"** |
|  | Dopłata do wypoczynku we własnym zakresie „wczasy pod gruszą” (pracownicy administracji i obsługi) |  |
|  | Dopłata do wczasów zorganizowanych: wypoczynkowych, wypoczynkowo-leczniczych (emeryci) |  |
|  | Zapomoga losowa (śmierć najbliższego członka rodziny – współmałżonek, dzieci, rodzice; inne zdarzenie losowe np. kradzież, zalanie, pożar, poważna choroba) |  |
|  | Pomoc finansowa w związku ze zwiększonymi wydatkami w okresie zimowym |  |
|  | Dopłata do Karty MultiSport |  |
|  | Dopłata do wycieczki pracowniczej |  |

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Data urodzenia** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Opis sytuacji życiowej, rodzinnej wnioskodawcy:

(opisać sytuację życiową i rodzinną - szczególne przypadki dotyczące stanu zdrowia, wydarzeń losowych, itp.)

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

**Oświadczam, iż dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy przypadający na jednego członka mojej rodziny wspólnie zamieszkującej i gospodarującej wynosi:** (należy uwzględnićwynagrodzenie z tytułu zatrudnienia oraz osiągnięte na podstawie umów cywilnoprawnych jak np. umowa zlecenia i o dzieło, zasiłki i świadczenia z ubezpieczenia społecznego (chorobowe, macierzyńskie, opiekuńcze, babciowe, itp.), diety, stypendia, dochody z kryptowalut, alimenty, inne dochody i świadczenia nie wymienione wyżej)

I. do 3000,00 zł

II. 3001,00 zł - 4000,00 zł

III. 4001,00 zł – 5000,00 zł

IV. powyżej 5000,00 zł

Do wniosku załączam:

1. ............................................................................................................................................................

2. ............................................................................................................................................................

3. ............................................................................................................................................................

Oświadczam, że znam treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
Potwierdzam prawdziwość wyżej podanych informacji i dokumentów załączonych do wniosku, świadoma/y odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 233 § 1 K.K.)

 ..........………………………………..

(podpis wnioskodawcy)

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

Przyznano/nie przyznano\* świadczenie w wysokości ................................................... zł.

………………………….. .........……………………………………..

(pieczątka i podpis pracodawcy)

(miejscowość, data)

*\**niepotrzebne skreślić