*Załącznik nr 1 do Regulaminu ZFŚS*

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia socjalnego z Zakładowego Funduszu świadczeń Socjalnych**

**w Zespole Szkół Zawodowych Nr 2 im. 5 Pułku Ułanów Zasławskich w Ostrołęce**

**A.**

**Imię i nazwisko wnioskodawcy** .......................................................................................................................................................

**adres zamieszkania** .......................................................................................................................................................

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

**telefon** …………………………………………………………………………………………..

**B. Zwracam się z prośbą o przyznanie mi z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w ZSZ Nr 2 w Ostrołęce świadczenia w formie:**

**zapomogi na leczenie\*, zapomogi socjalnej, zapomogi losowej\***

*(zakreślić rodzaj pomocy)*

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

***(inny rodzaj usługi lub świadczenia*)**

**z dofinansowaniem z Funduszu**

**C. Oświadczenie wnioskodawcy:**

**Ja, niżej podpisany/a/, niniejszym oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób: Wnioskodawca:** ………………………………………………………/imię i nazwisko/

**Pozostali członkowie:** ………………. **osób, w tym** …………. **dzieci uczących się do 25 roku życia i** …………………. **dzieci nieuczących się; w tym** ………… **osoby z orzeczonym znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.**

1. **mam następującą sytuację życiową i rodziną:**

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

1. w okresie: **20..........** r. roku łączne **DOCHODY NETTO** wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, w przeliczeniu na .......... osób będących na moim utrzymaniu znajdują się w ……. grupie, na jedną osobę miesięcznie.
2. **Dodatkowe informacje mające wpływ na sytuację życiową, materialną i rodzinną – PRZYSPORZENIA** (nie pomniejszone o raty kredytów i pożyczek)

- otrzymane alimenty, świadczenia z rządowych programów socjalnych, rodzinne, stypendia, zasiłki, łącznie: ………. zł/m-c

- inne otrzymane wpływy finansowe: ………. zł/m-c

Średnia miesięczna kwota przysporzeń wynosi na 1 członka gospodarstwa domowego: ……………… zł/m-c

4. **Łączna kwota DCHODU NETTO wraz z PRZYSPORZENIAMI znajduje się w ……………. grupie/osobę/m-c**

W razie udowodnienia osobie uprawnionej, że złożyła nieprawdziwe oświadczenie o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej lub przeznaczyła przyznaną pomoc na cel niezgodny z jej przeznaczeniem, pracodawca może pozbawić tę osobę uprawnień do ubiegania się o ulgowe usługi i świadczenia finansowe z Funduszu, na okres od jednego roku do trzech lat.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy/a/ odpowiedzialności karnej. */art.233 § 1 Kodeksu Karnego/*

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

/Miejscowość, data/ /Czytelny podpis wnioskodawcy/

**Stanowisko przedstawicieli organizacji związkowych**

Proponujemy przyznać/odmówić przyznania świadczenia:

w formie …………………………………………………………………………………….…

w kwocie ………………………zł (słownie: ………………………………………….…... zł)

Uwagi: (np. uzasadnienie odmowy)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………....

(data i podpisy przedstawicieli zakładowych organizacji związkowych)

**Decyzja Pracodawcy**

Przyznano świadczenie:

w formie ………………………………………………………………………………………..

w kwocie ………………………zł (słownie: ……………………………………………... zł)

odmówiono przyznania świadczenia z powodu ……………………………………………….

………………………………………….

/data i podpis pracodawcy

\*obowiązuje zaświadczenie lekarskie, dokumentacja zdarzenia losowego