

także alimenty, stypendia; umowa najmu/ dzierżawy. Sumę w/w dochodów brutto należy umniejszyć o koszty uzyskania przychodu, składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne.

OŚWIADCZENIE O PRZYCHODACH DO ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH

1. suma moich dochodów wynikająca z zatrudnienia, z ostatnich 3 miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku Wpisać dokładną kwotę
2. suma mojej emerytury, renty z ostatnich 3 miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku Wpisać dokładną kwotę
3. suma pozostałych dochodów z ostatnich 3 miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku (np. dodatkowe zatrudnienie, alimenty, najem, dzierżawa, świadczenia rodzinne, zasiłki i inne) Wpisać dokładną kwotę
4. suma dochodów współmałżonka/ konkubenta z ostatnich 3 miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku Wpisać dokładną kwotę
5. suma dochodów innych członków rodziny z ostatnich 3 miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku Wpisać dokładną kwotę
6. Oświadczam, że średni <u>łączny</u> dochód z ostatnich 3 miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku, wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, w przeliczeniu na jedną osobę wynosi Wpisać dokładną kwotę

UWAGA! Średnią ze wszystkich w/w dochodów należy zsumować, następnie podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym .

III. Prośba i uzasadnienie wnioskodawcy (uzupełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami):

(zaznaczyć rodzaj świadczenia socjalnego)

- bezzwrotna zapomoga losowa
 bezzwrotna zapomoga bytowa

8. UZASADNIENIE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W przypadku konieczności szerszego uzasadnienia wniosku można dołączyć dodatkową kartkę.

Wiarygodność wyżej przedstawionych danych potwierdzam poniższym własnoręcznym podpisem, świadoma/y/ odpowiedzialności przewidzianej w § 10 Regulaminu.

✓ Częścią integralną wniosku jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

....., dnia .../.../.....
(miejsowość i data)

Uprasza się o kompletne wypełnienie wniosku, ponieważ jest to NIEZBĘDNE do przyznania świadczenia!!!

.....
(Data i podpis Dyrektora Placówki Oświatowej)

– WYPEŁNIA PRACOWNIK SOCJALNY CUWJO –

Informacja pracownika ds. funduszu socjalnego.

1. Wartość dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia i rehabilitacji z ostatniego roku przed złożeniem wniosku, jednak łącznie nie więcej niż w ilości 10 sztuk dokumentów (wyłącznie rachunki i FV imienne zgodne z Regulaminem – paragony są nieakceptowalne) w przypadku ubiegania się o bezzwrotną pomoc finansową w związku z długotrwałą chorobą uprawnionego do korzystania z ZFŚS wynosi: zł.
2. Poświadczam, że **wszystkie podane informacje są prawdziwe i zgodne** z Regulaminem.

.....
podpis pracownika socjalnego

3. Wnioskodawca korzystał/nie korzystał* ze świadczeń z funduszu socjalnego w formie **bezzwrotnej zapomogi pieniężnej** (*odpowiednie podkreślić):

Wysokość przyznanego świadczenia bezzwrotnej zapomogi pieniężnej (wpisać konkretną kwotę/ kwoty)	Wpisać rodzaj zapomogi (losowa/ bytowa)	data przyznania świadczenia (wpisać miesiąc i rok)
w ubiegłym roku kalendarzowym	1.zł 2.zł 3.zł	1. 2. 3.
w bieżącym roku kalendarzowym	1.zł 2.zł 3.zł	1. 2. 3.

.....
podpis pracownika socjalnego

Międzyzakładowa Komisja Socjalna na posiedzeniu w dniu .../.../..... proponuje:

- 1. Przyznać:
 - Świadczenie socjalne z tytułu **bezzwrotnej zapomogi losowej/ bezzwrotnej zapomogi bytowej** *(zaznaczyć właściwe)*
 - w kwocie zł,

2. słownie.....

3. Nie przyznać świadczenia socjalnego z powodu:

.....

.....

.....

4. Podpisy co najmniej 2/3 członków (50% + 1) Międzyzakładowej Komisji Socjalnej:

Lp.	Czytelny podpis Członków Międzyzakładowej Komisji Socjalnej
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Uzgodniono :

ZNP

NSZZ "Solidarność"

– WYPEŁNIA DYREKTOR CUWJO –



Decyzja Pracodawcy :

- 1. Decyduję przyznać :
 - Świadczenie socjalne z tytułu **bezzwrotnej zapomogi losowej/ bezzwrotnej zapomogi bytowej** *(zaznaczyć właściwe)*
 - w kwocie zł,
 - słownie.....
 - 2. Decyduję nie przyznać świadczenia z powodu:
-
-

.../.../.....,

(Data i podpis Dyrektora CUWJO)