**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU   
ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

I. Zwracam się z prośbą o przyznanie w ramach ZFŚS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(rodzaj świadczenia i opis okoliczności uzasadniających)

II. Oświadczenie pracownika/emeryta/rencisty\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

**1**. **o uzyskanych dochodach:**

(należy wskazać dochody brutto uzyskane w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku)

- dochód wnioskodawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- dochód współmałżonka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- alimenty otrzymane \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- inne dochody \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** **o liczbie członków rodziny:**

- liczba członków rodziny na utrzymaniu (wraz z wnioskodawcą) \_\_\_\_\_

w tym dzieci \_\_\_\_\_ w wieku \_\_\_\_\_ (do lat 18 lub 25 pod warunkiem, że uczą się i pozostają na wyłącznym utrzymaniu pracownika, dzieci w stosunku do których orzeczono znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności – bez względu na wiek)

Oświadczam, że podane wyżej dane osobowe są prawdziwe, a wyszczególnione dochody   
w mojej rodzinie są jedynymi jakie posiadam. Prawidłowość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

###### Przyznaną kwotę świadczenia proszę przekazać:

* na moje konto osobiste, nr konta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data i podpis wnioskodawcy)

III. Suma dochodów brutto w rodzinie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. Średni dochód na członka w rodzinie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V. Opinia Komisji Socjalnej:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zatwierdzam/nie zatwierdzam do realizacji\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

\* niewłaściwe skreślić