Załącznik nr 4

do Regulaminu Zakładowego

Funduszu Świadczeń Socjalnych

w Urzędzie Miejskim Trzemeszna

Imię i nazwisko ………………………….

Adres ………………………………………..

Komisja Socjalna

Zakładowego Funduszu

Świadczeń Socjalnych

w Urzędzie Miejskim Trzemeszna

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ/RZECZOWEJ\***

1. Zwracam się z wnioskiem o przyznanie mi z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych:

1. Pomocy finansowej w kwocie:…………………….……………………………………………………
2. pomocy rzeczowej w formie: …………………………………………………………………………

2. Uzasadnienie wystąpienia o przyznanie pomocy: ……………………………………………………

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

Oświadczam, że mój średni miesięczny dochód z ostatnich trzech miesięcy oraz osób prowadzących ze mną wspólne gospodarstwo domowe wynoszą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię | Rok urodzenia  | Rodzaj stosunku łączącego wskazaną osobę z wnioskodawcą  | Średni miesięczny dochód z ostatnich trzech miesięcy  |
|  |  | Wnioskodawca |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Razem dochód |  |
| Średniomiesięczny dochód z ostatnich trzech miesięcy na jednego członka rodziny  |  |

3. Prawo do korzystania z Funduszu przysługuje mi z tytułu: mojego zatrudnienia w zakładzie pracy od dnia …………./ posiadania statusu emeryta lub rencisty uzyskanego wskutek ustania zatrudnienia w zakładzie pracy/zatrudnienia ………………………………………………………………………………………………. \* (wskazać nazwisko i imię osoby zatrudnionej, rodzaj stosunku łączącego z osobą zatrudnioną)

4. Oświadczam, że znam treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych
w Urzędzie Miejskim Trzemeszna. Potwierdzam prawdziwość wyżej podanych informacji. Jestem świadomy/świadoma sankcji za podanie w oświadczeniu nieprawdziwych danych.

………………………………………………….

 (data i podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

1. …………………………..
2. …………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Stanowisko Komisji Socjalnej | Zatwierdzenie stanowiska Komisji Socjalnej |
| Przyznaje się/ nie przyznaje się\* świadczenie w wysokości ………………….. zł/ w formie………………………………………………………………………………………………. \* | 1. Zatwierdzam stanowisko Komisji Socjalnej w całości\*
2. Proponuję przyznać/ nie przyznać świadczenie w wysokości ………………… zł/ w formie …………………………… z powodu ……………………………………………………… \*

………………………………………. (podpis pracodawcy) |

\* niepotrzebne skreślić