Załącznik Nr 3

…………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………………………………………..

(adres zamieszkania)

**Wniosek o przyznanie świadczenia socjalnego z ZFŚS**

Proszę o przyznanie, zgodnie z Regulaminem ZFŚŚ, następującego świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych:

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

(wymienić rodzaj świadczenia, np. dofinansowania wyjazdu na wczasy wypoczynkowe, pożyczki mieszkaniowej, zapomogi, paczki dla dzieci)

Informuję, że w skład mojej rodziny oprócz mnie wchodzą następujące osoby:

1……………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko - stopień pokrewieństwa - data urodzenia - miejsce pracy lub nazwa szkoły)

2……………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko - stopień pokrewieństwa - data urodzenia - miejsce pracy lub nazwa szkoły)

3……………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko - stopień pokrewieństwa - data urodzenia - miejsce pracy lub nazwa szkoły)

4.……………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko - stopień pokrewieństwa - data urodzenia - miejsce pracy lub nazwa szkoły)

Średni miesięczny **dochód netto** na członka rodziny w ostatnich 3 miesiącach wynosił:

1. poniżej 2500,00 zł b) od 2500,00 zł do 3000,00 zł c). powyżej 3000,00 zł

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma(y) odpowiedzialności przewidzianej w § 3 pkt 15-17 Regulaminu. „W przypadku odmowy udzielenia dodatkowych informacji lub udokumentowania danych podanych w informacji/wniosku o świadczenie domniemywa się, iż wnioskodawca znajduje się w kategorii osób o najlepszej sytuacji materialnej. Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia zgodnie z prawdą oraz rzetelnego powołania wszelkich faktów i okoliczności mogących mieć wpływ na decyzję co do przyznania świadczenia oraz jego wysokości. Świadczenia pobrane z Funduszu nienależnie, wskutek ich przyznania na podstawie oświadczenia lub dokumentu zawierającego nieprawdziwe informacje, podlegają zwrotowi na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.”

…………………………………………………………….

(data i podpis wnioskodawcy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opinia pracownika Komisji ZFŚSPodane informacje sprawdziłam (-em) i są one zgodne\* / nie zgodne\* z prawdą.Proponuje przyznać \*/nie przyznać \* ………………………… w wysokości ………………………zł------------------------------------------(podpis pracownika Komisji ZFŚS) | Stanowisko Komisji ZFŚS przyznajemy/ nie przyznajemy \*…………………………..w wysokości ……………………..zł -------------------------------------------(podpisy członków Komisji ZFŚS) | Zatwierdzam stanowisko Komisji ZFŚSWojewódzki Inspektor JHARS -----------------------------------------------(podpis i pieczątka Wojewódzkiego Inspektora) |

\*właściwe zaznaczyć

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko pracownika** …………………………….**Rodzaj świadczenia z ZFŚS**……….…………………… | **Wysokość przyznanego świadczenia** …....…………zł.**Potrącony podatek** ..…………….zł.**Kwota do wypłaty** ..…………….zł. | **Zatwierdzono do wypłaty**Wojewódzki Inspektor JHARS -----------------------------------------------(data podpis i pieczątka Wojewódzkiego InspektoraGłówny Księgowy-----------------------------------------------(data podpis i pieczątka Głównego Księgowego |