Załącznik Nr 2 do Regulaminu ZFŚS

Domu Pomocy Społecznej ,,Niezapominajka”

w Elblągu

Imię i nazwisko wnioskodawcy ………………………………………………………………..

Adres ………………………………………………………………………………………..….

Telefon ……………………………………..................................................................................

Kategoria osoby uprawnionej (podkreślić właściwe):

pracownik, członek rodziny pracownika, były pracownik (np. emeryt, rencista), członek rodziny byłego pracownika, inna (wpisać jaka) ………………………………………………..

**WNIOSEK**

**o udzielenie świadczenia z ZFŚS**

**Domu Pomocy Społecznej ,,Niezapominajka” w Elblągu**

Zwracam się z prośbą o udzielenie dla mnie /i mojej rodziny\* z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Domu Pomocy Społecznej ,,Niezapominajka” w Elblągu świadczenia w formie:

1. Dofinansowania do wypoczynku (tzw. wczasy pod gruszą).

2. Paczki dla dzieci.

3. Dofinansowania działalności kulturalno – oświatowej oraz sportowo – rekreacyjnej.

4. Zapomogi finansowej (zwykłej, losowej, zdrowotnej, związanej z długotrwałą chorobą).

5. Dofinansowanie w związku ze zwiększonymi wydatkami w okresie jesienno – zimowym.\*

Oświadczam, że łączny dochód wraz z dodatkowymi przysporzeniami wykazany   
w złożonym w bieżącym roku Oświadczeniu o sytuacji życiowej rodzinnej i materialnej za ……………. rok **nie uległ istotnej zmianie / uległ następującej zmianie**\* (**istotna zmiana** to taka, która kwalifikuje wnioskodawcę do innej grupy dochodowej).

Uzasadnienie zmiany sytuacji: *(np. w dniu …. urodziło mi się dziecko - imię   
i nazwisko, małżonek stracił pracę, bezrobotny małżonek otrzymał pracę itp.)*

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

Po uwzględnieniu powyższego łączny dochód wraz z przysporzeniami wynosi za miesiąc poprzedzający złożenie niniejszego wniosku kwotę ………. zł

(słownie: ………………………………………….) na osobę w gospodarstwie domowym.

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku, który dot. dofinansowania do zapomogi   
ze względu na trudną sytuację materialną/zapomogi losowej\* w związku z ……………………

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

(opisać sytuację losową)

przedstawiam następujące załączniki:

* 1. ………………………………………………………………………………..
  2. ………………………………………………………………………………..
  3. ………………………………………………………………………………..
  4. ………………………………………………………………………………..

**Wypełniają byli pracownicy Domu Pomocy Społecznej ,,Niezapominajka” w Elblągu**

**pobierający emeryturę, rentę:**

Oświadczam, że po rozwiązaniu stosunku pracy z Domem Pomocy Społecznej ,,Niezapominajka” w Elblągu i przejściu na: emeryturę/ rentę – nie podjęłam/em   
zatrudnienia u innego pracodawcy\* – podjęłam/em w dniu ……………………… zatrudnienie u innego pracodawcy\*, a Dom Pomocy Społecznej ,,Niezapominajka” w Elblągu jest /nie jest\* moim ostatnim zakładem pracy przed uzyskaniem prawa do pobieranej **obecnie** emerytury/ renty.\*

………………………………………..

(data i podpis wnioskodawcy)

Proszę o przekazanie świadczenia przelewem na konto bankowe w Banku …….………………….. numer konta …………………………………………………..

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

……………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

**Objaśnienia do wniosku:**

\* niepotrzebne skreślić

**OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ, w tym ORGANIZACJI ZWIĄZKOWYCH**

Zgodnie ze złożonym Oświadczeniem o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej   
w dniu ………………………. oraz niniejszym wnioskiem, Wnioskodawca znajduje się w grupie dochodowej numer …………………

Komisja Socjalna na posiedzeniu w dniu ............................................ opiniuje   
pozytywnie / negatywnie**\*** wniosek Pana (i) ……………………………………………………  
z powodu……………………………………………………………………………………….   
i wnosi / nie wnosi o dofinansowanie w kwocie ………………………………………………zł

słownie: ........................................................................................................................................

Pracodawca **posiada / nie posiada**\* środków finansowych na wnioskowany cel.

1.…………………………………………………………………………

2.…………………………………………………………………………

3………………………………………………………………………….

4.…………………………………………………………………………

*(data i podpis Komisji Socjalnej, w tym przedstawicieli organizacji związkowych)*

**DECYZJA PRACODAWCY**

Przyznaję Pani/Panu ………………………………………………………………………………… na wnioskowany cel kwotę w wysokości ............................................................zł brutto.

słownie: ........................................................................................................................................

Odmawiam Pani/Panu …………………………………………………………………………  
przyznania świadczenia z powodu ………………………………………………………………

zgodnie z Regulaminem ZFŚS.

……………………………………

*(data i podpis Pracodawcy)*