

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(PESEL / obcokrajowcy data urodzenia rrrr-mm-dd)

.....
(pracownik jednostki organizacyjnej lub emeryt / rencista / inna osoba objęta opieką Funduszu).....
(telefon kontaktowy / adres e-mail)

Data wpływu

Nr akt

(wypełnia pracownik jedn. wł. ds. socjalnych)

Wniosek**o przyznanie dofinansowania na cele kulturalne
lub sportowo-rekreacyjno-rehabilitacyjne**
(właściwe odpowiedzi zakreślić ☒)

Adres zamieszkania:

□	□	-	□	□	□
---	---	---	---	---	---

Proszę o objęcie mnie w roku dofinansowaniem:

- przeznaczonym na cele kulturalne
 przeznaczonym na cele sportowo-rekreacyjne
 przeznaczonym na cele rehabilitacyjne

1. Proszę o przydzielenie karnetu umożliwiającego korzystanie z pływalni Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie (karnet ważny 5 miesięcy, kaucja zwrotna za karnet 25 zł):
 50 zł 100 zł 150 zł

2. Proszę o przydzielenie imiennego(-ych) karnetu(-ów) na korzystanie z usług rekreacyjnych i sportowych dla:

- mnie Qsobiście
 dorosłego Członka rodziny – liczba wnioskowanych osób
 członka rodziny (Emeryta lub Rencisty) – liczba wnioskowanych osób
 Dziecka – liczba wnioskowanych osób

koszt, którego(-ych) obciążę limit środków mojego rocznego dofinansowania na ten cel (ważność karnetu ograniczona czasowo – złożenie i pozytywne rozpatrzenie wniosku jest równoważne z obciążeniem przyznanego rocznego limitu).

..... (C / ER / D) *
 (imię i nazwisko beneficjenta)

..... (C / ER / D) *
 (imię i nazwisko beneficjenta)

..... (C / ER / D) *
 (imię i nazwisko beneficjenta)

..... (C / ER / D) *
 (imię i nazwisko beneficjenta)

..... (C / ER / D) *
 (imię i nazwisko beneficjenta)

* proszę zaznaczyć status wymienionej osoby (dorosły członek rodziny, emeryt lub rencista, dziecko).

3. Oświadczam, że w przypadku, gdy limit środków mojego rocznego dofinansowania przeznaczonego na pokrycie kosztów zakupu karnetu(-ów) na zajęcia sportowo-rekreacyjne będzie niewystarczający – zobowiązuję się do uiszczenia brakującej kwoty w kasie Uniwersytetu lub na konto Funduszu przed otrzymaniem karnetu(-ów).

4. Oświadczam, że w przypadku, gdy karnet na zajęcia sportowo-rekreacyjne będzie kolejnym w br. świadczeniem otrzymanym przeze mnie z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, przekraczającym w roku podatkowym kwotę zwolnioną z opodatkowania – wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia podatku dochodowego od ww. karnetu.

5. Oświadczam, że średni przychód i ewentualny dochód na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym w poprzednim roku podatkowym wynosił zł/osobę (liczony zgodnie z zapisami § 11 ust. 5 i 6 Regulaminu ZFŚS – w przypadku nie podania przychodu Komisja przyjmie, że średni przychód wnioskodawcy należy do grupy najwyższych przychodów).

6. Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma(-my) odpowiedzialności regulaminowej i karnej. Wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w przedmiocie świadczeń udzielanych z ZFŚS UWM w Olsztynie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Olsztyn, dnia
 (data)

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia jednostka właściwa ds. socjalnych

8. Wnioskodawca czasowo utracił prawo do korzystania ze środków Funduszu:

TAK NIE jeżeli TAK, to do kiedy? Do 31/12/20..... roku.

9. Wnioskodawca korzystał w ciągu ostatnich 5 lat ze środków Funduszu w zakresie opisanym w § 20 Regulaminu ZFŚS:

(jeżeli TAK, to podać rok - r, miesiąc - m i numer tygodnia w danym roku - t)

a) udział w zorganizowanym wyjeździe rekreacyjnym TAK NIE

jeżeli TAK, to (r/m/t):

b) udział w wycieczce krajowej lub zagranicznej TAK NIE

jeżeli TAK, to (r/m/t):

c) udział w zajęciach sportowo-rekreacyjnych i rehabilitacyjnych TAK NIE

jeżeli TAK, to (r/m/t):

d) udział w zorganizowanej imprezie artystycznej TAK NIE

jeżeli TAK, to (r/m/t):

10. Określenie możliwości przyznania świadczenia.

Grupa dochodowa wg Załącznika Nr 9 roczna kwota dofinansowania

Podpis pracownika jedn. wł. ds. socjalnych