

Załącznik Nr 11 do Regulaminu ZFŚS

.....
(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

**WNIOSEK o:
PRZYZNANIE ZAPOMOGI**

Proszę o przekazanie zapomogi:

Adres zamieszkania: □□-□□□□.....	☐ gotówką w kasie banku ☐ przelewem na moje konto bankowe (proszę zakreślić właściwą odpowiedź ☒)
Nr konta bankowego: □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□	

- ☐ z powodu trudnej sytuacji materialnej (wypełnić cz. I i II)
☐ z powodu długotrwałej lub nagłej choroby (wypełnić cz. I i III)
☐ z powodu nieszczęśliwego zdarzenia losowego (wypełnić cz. I i IV)
☐ z powodu zgonu członka najbliższej rodziny (wypełnić cz. V)
(proszę zakreślić właściwą odpowiedź ☒)

I. Informacje o stanie materialnym.

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym: (proszę uzupełnić pismem drukowanym):

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo z wnioskodawcą i rok urodzenia	Status zarobkowy*
a).		
b).		
c).		
d).		
e).		
f).		
g).		
h).		
i).		

*pracownik, osoba bezrobotna, emeryt, rencista, uczeń (podać rodzaj szkoły)

Załączniki: potwierdzenia statusu zarobkowego i dochodowości, potwierdzenia pobierania nauki przez dziecko.

Liczba osób łącznie z wnioskodawcą pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

II. Z powodu trudnej sytuacji materialnej ubiegam się o dofinansowanie na:

(należy podać przewidywane koszty)

- ☐ zakup opału, drewna zł,
☐ zakup odzieży, obuwia zł,
☐ zakup sprzętu gospodarstwa domowego zł,

- ☐ zakup produktów żywnościowych zł,
☐ inne: zł.

**III. Z powodu długotrwałej lub nagłej choroby (podać czyjej)
 ubiegam się o dofinansowanie na:
 (należy podać przewidywane koszty)**

- ☐ zakup leków (*miesięcznie*) zł,
☐ zapewnienie odpłatnej domowej opieki osobie chorej lub niepełnosprawnej (*miesięcznie*)
 zł,
☐ odpłatne badania zł,
☐ odpłatne zabiegi operacyjne zł,
☐ odpłatną rehabilitację zł,
☐ zakup sprzętu rehabilitacyjnego zł,
☐ zakup aparatu słuchowego zł,
☐ odpłatne wizyty lekarskie zł,
☐ inne: zł.

Załączniki: aktualne zaświadczenie lekarskie, faktury za leki i leczenie oraz inne wydatki spowodowane chorobą.

IV. Z powodu nieszczęśliwego zdarzenia losowego proszę o pomoc w likwidacji szkody.

Opis skutków zdarzenia losowego

Załączniki: poświadczenie zdarzenia, wycena szkód, faktury dokumentujące poniesione koszty usunięcia szkód.

V. Z powodu zgonu: proszę o wypłatę zapomogi z tego tytułu (proszę podać dane osoby zmarłej):

Imię i nazwisko osoby zmarłej
 Rodzaj pokrewieństwa
 Data zgonu:

Okazano akt zgonu: nr aktu akt zgonu

Olsztyn, dnia
 (data)

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia Komisja Zapomogowa:

VI. Wyliczenie dochodu netto na osobę we wspólnie prowadzonym gospodarstwie domowym.

$$\left[\left(\boxed{} - \boxed{} \right) / 3 \right] / \boxed{} = \boxed{}$$

dochód netto
roczne kryterium socjalne
liczba osób we wspól. gosp. dom.
śr. m-czny dochód netto na osobę

Dochód netto osób wymienionych w części I, liczony z ostatnich 3 miesięcy, pomniejszony o kryterium socjalne wyniósł: zł.

Należy wykazać wszystkie dochody i ewentualne przychody wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, włącznie z przychodami pochodzącymi z Unii Europejskiej, umów zlecenia lub o dzieło, otrzymywanych alimentów, stypendiów doktoranckich, emerytur i rent, dodatków mieszkaniowych, dochodów z gospodarstwa rolnego, dochodów z działalności gospodarczej, przychodów z tytułu najmu lub dzierżawy, zasiłków dla bezrobotnych, otrzymanych zapomóg i dofinansowania do wypoczynku z Funduszu, a odliczyć wypłacone alimenty.

Data i kwota ostatnio przyznanej zapomogi: zł

Decyzja Komisji Zapomogowej z dnia

☐ Komisja postanowiła przyznać zapomogę ☐ socjalną / ☐ losową w kwocie zł
(słownie złotych:)

☐ Komisja postanowiła nie przyznawać zapomogi z powodu:

.....
.....
.....

Podpisy członków Komisji:

1	3.....	5
2	4	6

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

