Załącznik nr 3

do Regulaminu Scentralizowanego Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych przy DBFO Wesoła m. st. Warszawy z dnia 27.06.2019r. oraz do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na cele mieszkaniowe przy DBFO Wesoła m. st. Warszawy z dnia 27.06.2019r.

***…….………………………………………….……….……***

(imię i nazwisko)

***…………………………………………….……….……***

**(nazwa zakładu pracy)**

***…………………………………………….……….……***

(stanowisko/ emeryt/ rencista, inna osoba uprawniona)

***…………………………………………….……….……***

(adres)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY**

**Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

Wnoszę o przyznanie mi pomocy z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w postaci\* :

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

***\*(wskazać formę: zapomoga finansowa bezzwrotna, zapomoga rzeczowa, pożyczka na cele mieszkaniowe, dofinansowanie wypoczynku, refundacja wypoczynku dziecka itp.)***

**UZASADNIENIE**

**(**sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej)

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

W załączeniu do wniosku przedkładam dowody potwierdzające zaistniałą okoliczność:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*(wypełnić tylko w przypadku ubiegania się o pożyczkę na cele mieszkaniowe)**

Proszę o udzielenie pożyczki z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w wysokości.......................................................zł na:…….......................................................................

którą zobowiązuję się spłacić w ............................................................... ratach.

Przewidywany koszt prac został skalkulowany w następujący sposób:\*

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

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

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

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Umowa o pracę z Panią/Panem ................................................................................................................

została zawarta na czas ......................................... termin od ........................... do .........................................

*.........................................................*

(pieczęć i podpis dyrektora placówki)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w mojej rodzinie ze wszystkich źródeł z ostatnich trzech miesięcy przed składaniem wniosku na jedną osobę wynosi **\*\***............... zł. słownie: ……………………….

W skład mojego gospodarstwa domowego (osoby wspólnie zamieszkujące) wchodzą:

1. …………………………………………..….. urodzony/a ……………………………………...……,

2. ………………………………..…………….. urodzony/a ……………………………………...……,

3. ………………………………..…………….. urodzony/a ……………………………………...……,

4. ………………………………..…………….. urodzony/a ……………………………………...……,

5. ………………………………..…………….. urodzony/a ……………………………………...……,

**\*\* należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku**

Oświadczam, że wszystkie podane informacje są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

W przypadku otrzymania zapomogi proszę o przekazanie jej na rachunek bankowy nr ………………..

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udzielenia pomocy

z Funduszu zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

…………………………………….

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**\*(wypełnić tylko w przypadku korzystania z „wczasów pod gruszą”)**

***POTWIERDZENIE KORZYSTANIA Z URLOPU WYPOCZYNKOWEGO***

Potwierdzam wykorzystanie urlopu wypoczynkowego w okresie od ...............do ................ tj.

w nieprzerwanym wymiarze – co najmniej – 14 dni kalendarzowych.

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

(pieczęć i podpis dyrektora placówki)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**OPINIA DYREKTORA PLACÓWKI**

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

*…………………………………*

(pieczęć i podpis dyrektora placówki)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**DECYZJA ZARZĄDU**

Decyzją z dnia ………………………… **przyznano** **/ nie przyznano** pomoc/y w formie …………………………………………………………………………………………………………………..

w kwocie ……………………………………………………………………………………………………..

**Podpisy członków Zarządu Podpisy przedstawicieli ZNP**

**upoważnionych przez Zarząd Oddziału**

**1**……………………………………… **1**………………………………….

**2**………………………………………..**2**………………………………….

**3**........…………………………….

**4**…………………………………..

**Uwaga!**

**Pomoc dotyczącą danego rodzaju świadczenia może być przyznana danej osobie nie częściej niż raz w roku za wyjątkiem § 11 Regulaminu**