Załącznik Nr 2
do Regulaminu ZFŚS
CKZiU w Gubinie

Wniosek o przyznanie świadczenia z Funduszu

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
Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Gubinie

Zwracam się z prośbą o udzielenie z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Gubinie świadczenia w formie:

a. dofinansowanie do wypoczynku (wczasy pod gruszą), osoby uprawnione
   - ……
   - ……
   - ……
   - ……

a. dofinansowanie do wypoczynku dziecka,(imię i nazwisko)
   - ……
   - ……
   - ……
   - ……

b. zapomogi ze względu na trudną sytuację materialną,
c. zapomogi losowej w związku z długotrwałą chorobą,
d. dofinansowanie działalności kulturalno-oświatowej,
e. dofinansowanie działalności sportowo - rekreacyjnej,
f. pomoc rzeczowa i finansowa,
g. dofinansowanie w związku ze zwiększonymi wydatkami w okresie wiosennym
h. dofinansowanie w związku ze zwiększonymi wydatkami w okresie jesienno-zimowym
i. dofinansowanie do świadczenia dla dziecka w związku ze zwiększonymi wydatkami w okresie jesienno-zimowym,

j. inne …….

(właściwe podkreślić)

W momencie składania wniosku o świadczenie, w przypadku zmiany sytuacji życiowej, rodzinnej lub materialnej mającej istotny wpływ na wysokość dochodu, powodującej zakwalifikowanie do innej grupy dochodowej , zobowiązuję się do równoczesnego złożenia aktualizacji Oświadczenia o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej.

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

……..

……..

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku przedstawiam następujące załączniki *(dotyczy zapomogi losowej i innych świadczeń wymagających udokumentowania):*

……..

……..

……

……

……..
(data i podpis wnioskodawcy)

Objaśnienia do wniosku:

* niepotrzebne skreślić

Uwagi wnioskodawcy:
……

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

numer konta ……...

(wypełniamy, jeśli numer konta uległ zmianie)

……..
(data i podpis wnioskodawcy)

Wypełnia Pracodawca:

Zgodnie ze złożonym Oświadczeniem o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej Wnioskodawca znajduje się w progu (grupie dochodowej) numer ……

OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ, w tym ORGANIZACJI ZWIĄZKOWYCH

Komisja Socjalna na posiedzeniu w dniu ..... opiniuje
pozytywnie / negatywnie* wniosek Pana(i) .....
i wnosi / nie wnosi o dofinansowanie
w kwocie ..... słownie.....
Pracodawca **posiada / nie posiada*** środków finansowych na wnioskowany cel.

……

……

……

(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)