

ZP nr 2 w Poznaniu
Wniosek o udzielenie pomocy finansowej z ZFŚS– załącznik 3b

.....
Data wpływu wniosku

.....
/imię i nazwisko wnioskującego/

.....
/dokładny adres zamieszkania/

.....
/zajmowane stanowisko/

Część A

Proszę o udzielenie pomocy finansowej (właściwe pokreślić):

- a) zapomogi finansowej
- b) zapomogi finansowej z przeznaczeniem na cele zdrowotne

Uzasadnienie ubiegania się o świadczenie (kompletny wniosek musi mieć **uzasadnienie i dołączone dokumenty** (faktury, zaświadczenia od lekarza, inne dokumenty potwierdzającą trudną sytuację)):

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

Oświadczam*, że łącznie ze mną pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym niżej wymienione osoby, osiągające dochody brutto (sumę dochodów – za rok poprzedni uzyskanych przez uprawnionego, współmałżonka oraz dzieci pozostające na ich utrzymaniu uczące się, podzieloną **przez liczbę 12** i liczbę członków rodziny. Dochodem brutto jest **przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu**), które podaję zgodnie z aktualnym stanem faktycznym:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wysokość osiąganych dochodów
1.			
2.			
3.			
4.			
Dochody łącznie			

Średni dochód brutto na jednego członka rodziny/na miesiąc wynosi
..... zł.

.....
/podpis wnioskującego/

*Oświadczenie jest dokumentem w rozumieniu art. 245 kpc.

Część B

Opinia Komisji Socjalnej

Komisja Socjalna przy na posiedzeniu w dniu
..... proponuje świadczenie przyznać / nie przyznać *

w kwocie zł

*właściwe podkreślić

Podpisy członków Komisji:

Część C

Decyzja pracodawcy o: przyznaniu dofinansowania w zakresie pomocy finansowej/rzeczowej* odmowie przyznania dofinansowania w zakresie pomocy finansowej/rzeczowej

Przyznaję / odmawiam przyznania* dofinansowania w zakresie pomocy finansowej w formie (wybrać właściwy wariant) :

.....

Wysokość dofinansowania wynosi łącznie zł.
(słownie:.....
.....)

Powyższą kwotę dofinansowania ustalono na podstawie tabeli stanowiącej Załącznik nr do Regulaminu ZFŚS obowiązującego w

.....

Uzgodniono : (podpis i pieczęć organizacji związkowych lub podpis przedstawiciela pracowników)

.....

..... , dnia

/podpis pracodawcy/

*niepotrzebne skreślić