

WNIOSEK NR
o udzielenie pomocy finansowej
na cele określone w regulaminie ZFŚS / ZFRON ¹⁾

Część I. Wypełnia pracownik spółki - NAZWA SPÓŁKI

Nazwisko i imię

- -

DATA URODZENIA

PESEL

Adres:

Data zatrudnienia w spółce: Umowa o pracę w spółce do

Stanowisko Oddział w

Wymiar zatrudnienia

Stopień niepełnosprawności: stały / czasowe do

Organ wydający orzeczenie:

Proszę o udzielenie pomocy finansowej w formie:

- a) dofinansowania w kwocie.....zł
 b) pożyczki w kwocie.....zł
 c) umorzenia pożyczki w kwocie.....zł
 d) zapomogi w kwocie.....zł

Otrzymana pomoc finansowa zostanie przeznaczona na:

Uzasadnienie wniosku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz załączonej dokumentacji medycznej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.) przez mojego Pracodawcę, dla celów udzielenia pomocy z funduszu socjalnego lub funduszu osób niepełnosprawnych *). Pani/a dane osobowe będą wykorzystane w zakresie koniecznym do przeprowadzenia postępowania o udzielenie pomocy. Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie danych w innym celu niż udzielenie pomocy finansowej na cele określone w regulaminie ZFŚS / ZFRON *), wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

.....
data

.....
imię i nazwisko

.....
podpis

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że wraz z mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają niżej wymienione osoby i osiągają dochody:

Lp.	Nazwisko i imię	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Źródło utrzymania	Dochód miesięczny w zł - wymienić wszystkie źródła dochodu **)
			Wnioskodawca		

****)** należy podać wszystkie źródła dochodu netto, np.: renta, emerytura, alimenty, stałe zasiłki z pomocy społecznej, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, itd.,

RAZEM dochód miesięczny gospodarstwa domowego

Przeciętny dochód (netto) na członka rodziny

Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że według stanu na dzień złożenia wniosku dane w nim zawarte oraz dane i informacje wynikające z załączonych do wniosku dokumentów są prawdziwe i aktualne.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia
.....
podpis pracownika

Część II. Opinia lekarza (dotyczy wniosku o pomoc z ZFRON)

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

(uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy finansowej ze względu na stan zdrowia wnioskodawcy zgodnie z rozporządzeniem MPIPS w sprawie zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Dz.U.nr3 z 1999.poz.22 z późn.zm.)

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

Część III Opinia Komisji Socjalno-Rehabilitacyjnej

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

data *podpisy członków Komisji*

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

Część IV. Decyzja Administratora ZFŚS/ZFRON²⁾:

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

.....
data *podpis*

²⁾ niepotrzebne skreślić