**Załącznik Nr 2**

do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej nr 45 w Szczecinie z dnia 01.02.2018 r.

***……………………………………………………………..………………***

(Imię i nazwisko wnioskodawcy -pracownik / emeryt / rencista – określić)

***………………………………………………………………….…………***

/ Adres zamieszkania / do korespondencji /

***……………………………*..*……………………………………………***

Telefon kontaktowy

**Wniosek**

**o przyznanie zapomogi losowej**

**Proszę o udzielenie mi zapomogi losowej ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych z powodu:**

* **długotrwałej lub nagłej choroby** (*wypełnić cz.**I i II*)
* **nieszczęśliwego zdarzenia losowego** (*wypełnić cz. I i III*)
* **zgonu członka najbliższej rodziny** (*wypełnić cz. I i**IV*)
* **zgonu pracownika lub byłego pracownika** (*wypełnić cz. I i**IV*)



**I. Ja niżej podpisany Wnioskodawca oświadczam, że dochód przypadający   
na jednego członka rodziny wynosi …………...............zł**. **i, że jest on zgodny   
ze złożonym „Oświadczeniem o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej do celów ZFŚS” wg załącznika Nr 1 do Regulaminu ZFŚS.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sprawdził/a……………………… | |  | ……………………………………………. | | | |  |
|  | (data i podpis ) | |  | (data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie) | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Imię i nazwisko | Pokrewieństwo |  | Miejsce pracy | Czas trwania nauki | |  |
|  | Lp. |  | Nazwa szkoły |  |
|  | Dzieci – data urodzenia | | Bieżący rok nauki | |  |
|  |  |  | Nazwa uczelni |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Wnioskodawca |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Verte**

- 1 -



**UZASADNIENIE WNIOSKU**

**II. Z powodu długotrwałej lub nagłej choroby** *(podać czyjej, krótki opis sytuacji)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Załączniki:** *kopię**aktualnego zaświadczenie lekarskie, kopię**faktury, rachunki za leki i leczenie oraz**pozostałe wydatki spowodowane chorobą, kopi inne dokumenty poświadczające opisana sytuację.*



**III. Z powodu nieszczęśliwego zdarzenia losowego proszę o pomoc;**

Opis skutków zdarzenia losowego

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

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

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

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

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

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

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

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

**Verte**

- 2 -

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Załączniki:** *dokumenty potwierdzające zaistniałą sytuację**(kopie protokołu policji, straży pożarnej,**poświadczenie zdarzenia, kopie oświadczenia lekarskiego, kopię zwolnienia lekarskiego, kopię wyceny szkód, kopię faktury lub rachunki dokumentujące poniesione koszty usunięcia szkód, kopie innych dokumentów potwierdzających opisaną sytuację.*



**IV. Z powodu zgonu najbliższego *członka rodziny* \*/ *pracownika\** / *byłego* *pracownika\** proszęowypłatę zapomogi z tego tytułu:**

Dane osoby zmarłej ……………………………………………………………

Rodzaj pokrewieństwa …………………………………………………………

**Załączniki:** *kopia aktu zgonu.*



Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma/my odpowiedzialności regulaminowej i karnej. Wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymania świadczenia   
z ZFŚS w Szkole Podstawowej nr 45 w Szczecinie.

|  |  |
| --- | --- |
| Szczecin, dnia ………………………………… | …………………………………………………… |
|  | (*czytelny podpis wnioskodawcy*) |
|  |  |

- 3 -

**DECYZJA DYREKTORA**

\*) Przyznano zapomogę losową w wysokości ………………zł.

\*) Nie przyznano zapomogi losowej ……………………………………….……………………….

(podać powód)

…………………………………………

(data i podpis pracodawcy)

**\* niepotrzebne skreślić**

- 4 -