

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO**

Imię i nazwisko wnioskodawcy:				
Komórka organizacyjna w UMK:				
W przypadku EMERYTA i RENCISTY adres zameldowania i numer telefonu:				
Wraz ze mną korzystają z wypoczynku następujący członkowie mojej rodziny upoważnieni do korzystania z ZFŚS:				
L.p.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Kwota dofinansowania <small>ustala Komisja ZFŚS</small>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
RAZEM:				
W następującej formie wypoczynku:				
				<i>/Zaznaczyć w odpowiedniej rubryce/</i>
1.	wczasy zorganizowane krajowe i zagraniczne			
2.	wczasy sanatoryjne / leczniczo - rehabilitacyjne			
3.	kolonia lub obóz młodzieżowy /zimowisko, zielona szkoła/			
4.	wypoczynek zorganizowany we własnym zakresie			

W załączeniu przedstawiam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka, dla którego staram się o przyznanie świadczenia socjalnego: **TAK** **NIE**

/właściwie podkreślić/

Oświadczam, że jestem osobą samotnie wychowującą dziecko: **TAK** **NIE**

/właściwie podkreślić/

Udzielono urlopu wypoczynkowego w dniach:.....

.....
potwierdza Referat Kadr

Pracownik, który posiadał w poprzednim roku kalendarzowym dochody.

Oświadczam, że w okresie od 1 stycznia.....roku do 31 grudnia.....roku roczne dochody wszystkich członków mojej rodziny, **uprawnionych do korzystania z ZFŚS**, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, wyniosły.....złotych, co w przeliczeniu na osób stanowi miesięcznie..... złotych na osobę.

Pracownik, który nie posiadał w poprzednim roku kalendarzowym dochodów.

Oświadczam, że w okresie 3 miesięcy dochody wszystkich członków mojej rodziny, **uprawnionych do korzystania z ZFŚS**, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, wyniosły.....złotych, co w przeliczeniu na osób stanowi miesięcznie..... złotych na osobę.

Proszę o wypłatę na konto:

/dotyczy emerytów i rencistów/

Numer konta:.....

*Prawdziwość w/w danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności wynikającej z Regulaminu ZFŚS
W przypadku wykorzystania urlopu w okresie krótszym niż 14 dni kalendarzowych zobowiązuję się do zwrotu niesłusznie wypłaconego świadczenia.*

.....
data i podpis wnioskodawcy

Objaśnienia:
W nawiązaniu do Regulaminu ZFŚS:
1. Dochód całego gospodarstwa domowego (w przeliczeniu na jednego członka rodziny) liczony jest z zeznania podatkowego **PIT za rok ubiegły w następujący sposób: dochód minus składki na ubezpieczenie społeczne.**
2. Osobami uprawnionymi są w szczególności pracownicy zatrudnieni na czas nieokreślony i określony na podstawie umowy o pracę, emeryci i renciści-byli pracownicy zakładu, członkowie rodziny zmarłego pracownika, emeryta oraz rencisty, dzieci własne, przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej do ukończenia **20 roku życia**, współmałżonkowie.