Załącznik Nr 1 do Aneksu nr 1
do Regulaminu ZFŚS
Zespołu Żłobków Miejskich w Słupsku

Imię, nazwisko, adres i telefon wnioskodawcy: ……

Kategoria osoby uprawnionej (podkreślić właściwe): pracownik, członek rodziny, były pracownik (emeryt, rencista),

WNIOSEK
o udzielenie świadczenia z ZFŚS
dofinansowanie działalności kulturalno-oświatowej, sportowo-rekreacyjnej
Zespołu Żłobków Miejskich w Słupsku

Zwracam się z prośbą o udzielenie dla mnie /i mojej rodziny* z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Żłobków Miejskich w Słupsku świadczenia w formie:

…….....

…….....

**

Oświadczam, że łączny dochód wraz z dodatkowymi przysporzeniami wykazany w złożonym w bieżącym roku Oświadczeniu o sytuacji życiowej rodzinnej i materialnej za ……. rok **nie uległ zmianie / uległ następującej zmianie****
Uzasadnienie zmiany:

……

……

Wypełniają byli pracownicy Zespołu Żłobków Miejsich w Słupsku pobierający emeryturę, rentę, świadczenie przedemerytalne:
Oświadczam, że po rozwiązaniu stosunku pracy z Zespołem Żłobków Miejskich w Słupsku w związku z przejściem na emeryturę/rentę/świadczenie przedemerytalne* podjęłam(em) w dniu ……./ nie podjęłam(em)* pracy u innego pracodawcy.

……..
(data i podpis wnioskodawcy)

Wypełniają emeryci i renciści (informacja niezbędna do naliczenia odpisu):
Oświadczam, że w roku …….. pobrałam emeryturę/rentę* w kwocie …….. zł brutto, za (*wpisać ilość*) …… miesięcy.

……..
(data i podpis wnioskodawcy)

Objaśnienia do wniosku:

- *niepotrzebne skreślić
- **Program Multi Sport / bilety wstępu do kin/ teatru na koncerty/ do placówek kulturalno-oświatowej

Proszę o przekazanie świadczenia przelewem na konto bankowe Programu Multi Sport/ Kino / Teatr/ placówki kulturalno – oświatowej*.....

numer konta …….....

……..
(data i podpis wnioskodawcy)

Wypełnia Pracodawca:
Wnioskodawca znajduje się w (wpisać próg dochodowy)…….. progu dochodowym.

<u>Decyzja Pracodawcy i stanowisko Komisji Socjalnej</u>

Przyznano / odmówiono przyznania* świadczenie/a w formie ……..
w kwocie ……zł brutto (słownie: ……... zł)

Uwagi: ……..

…….....

……..... .....
(data i podpis Pracodawcy)

.....
(data i podpisy przedstawicieli Komisji Socjalnej)