Załącznik nr 8 do Regulaminu ZFŚS

**WNIOSEK O PRZYZNANIE BEZZWROTNEJ ZAPOMOGI FINANSOWEJ Z ZFŚS**

**Dane uprawnionego:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………

Jednostka organizacyjna: ……………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………

Telefon:…………………………………………………………………………………………

Proszę o udzielenie mi bezzwrotnej zapomogi finansowej z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w związku z *(zaznaczyć właściwe „X”):*

* Chorobą, długotrwałą chorobą, znacznym uszczerbkiem zdrowia w wyniku nieszczęśliwego wypadku
* zdarzeniem losowym (pożarem, powodzią, kradzieżą, klęską żywiołową, inne),
* śmiercią członka rodziny
* z trudną sytuacją życiową, rodzinną i materialną,
* inną przyczyną (podać jaka?)………………………………………………………..

Krótki opis przyczyny złożenia wniosku: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych w złożonym wniosku. Jednocześnie stwierdzam, że znana jest mi treść obowiązującego regulaminu ZFŚS.

.....................................................
*(data i podpis wnioskującego)*

Przyznane świadczenie z ZFŚS proszę przekazać przelewem na mój rachunek bankowy numer (uzupełnić):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

.....................................................
*(data i podpis wnioskującego)*

**Opinia Komisji socjalnej**

1. Próg dochodowy: ……………, Tabela nr ………….
2. *Na posiedzeniu w dniu…………………….. Komisja socjalna postanowiła:*
* Przyznać świadczenie socjalne w kwocie ……………………… zł
* Nie przyznać świadczenia socjalnego.

Podpisy członków Komisji socjalnej:

1. ………….……………………….
2. ………….……………………….
3. …………….…………………….
4. …………….…………………….
5. ………………….……………….

**Decyzja Dyrektora Generalnego GIRM**

* Przyznaję świadczenie socjalne w kwocie …………………………. zł
* Nie przyznaję świadczenia socjalnego.

*………………………….*

*(Data, podpis i pieczęć)*