

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy, kategoria osoby uprawnionej)*

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE RÓŻNYCH FORM WYPOCZYNKU Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. A.MICKIEWICZA W ŁEBIE

Zwracam się z prośbą o udzielenie dofinansowania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej im. A. Mickiewicza w Łebie dla świadczenia w formie:

1. Wypoczynku dzieci i młodzieży **
2. Wypoczynek w formie wczasów krajowych lub zagranicznych**
3. Wczasy pod gruszą**

Oświadczam, że w okresie od do,
korzystałem/łam z wypoczynku.

Oświadczam, że łączny dochód wraz z dodatkowymi przysporzeniami wykazany w złożonym oświadczeniu o sytuacji życiowej rodzinnej i materialnej za rok **nie uległ istotnej zmianie/ uległ następującej zmianie***** (istotna zmiana to taka, która kwalifikuje wnioskodawcę do innego progu/grupy dochodowej)

Uzasadnienie zmiany sytuacji:

.....

Po uwzględnieniu powyższego łączny dochód wraz z przysporzeniami wynosi miesięcznie
(*należy podać dane z ostatniego miesiąca przed złożeniem wniosku*):
.....zł/osobę

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku przedstawiam następujące załączniki
(*dotyczy wypoczynku dzieci i młodzieży, wczasów krajowych i zagranicznych*):

.....

Proszę o przekazanie świadczenia przelewem

na konto nr w banku

Objaśnienia do wniosku:

*pracownik, członek rodziny pracownika, były pracownik (emeryt, rencista), członek rodziny byłego pracownika (emeryta, rencisty), inna osoba (wpisać jaką)

** niepotrzebne skreślić

Miejscowość i data:

(podpis wnioskodawcy)

Wypełnia Pracodawca:

Wnioskodawca znajduje się w progu dochodowym.

Stanowisko przedstawicieli organizacji związkowych

Proponujemy przyznać / odmówić przyznania * świadczenie/a w formie

.....
w kwociezł brutto

(słownie:zł)

Uwagi: (np. uzasadnienie odmowy)

.....

.....

(data i podpisy przedstawicieli

zakładowych organizacji związkowych)

Decyzja Pracodawcy

Przyznano świadczenie w formie

w kwociezł brutto

(słownie: zł)

Odmówiono przyznania świadczenia w formie

z powodu

.....

.....

(data i podpisy przedstawicieli
zakładowych organizacji związkowych)

(data i podpis Pracodawcy)