

Białogard dnia, ..... r.

.....  
imię i nazwisko uprawnionego

.....  
adres zamieszkania,

.....  
telefon

Do Dyrektora  
Centrum Usług Wspólnych  
w Białogardzie

**Wniosek o przyznanie świadczeń , usług i dopłat  
z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

1. Zwracam się z prośbą o przyznanie następującej formy pomocy :

(zaznaczyć X w polu wyboru)

dofinansowanie wypoczynku letniego organizowanego we własnym zakresie ;

zapomogi pieniężnej bezzwrotnej;

finansowanie działalności kulturalno-oświatowej w postaci biletów na imprezy

artystyczne, kulturalne i rozrywkowe;

pomoc finansowa na koniec roku;

Opis okoliczności będących powodem starania się o przyznanie świadczenia w miarę możliwości poparte stosownymi zaświadczeniami, rachunkami, protokołami itp.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Oświadczam że :

- 1) Rodzina moja składa się z .....osób, w tym ..... dziecko/dzieci\* na utrzymaniu.
- 2) We wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje / nie pozostaje niepełnosprawny członek rodziny\*\*.
- 3) Przeciętny miesięczny dochód przypadający na członka mojej rodziny jest zgodny z podanym w Oświadczeniu o sytuacji materialnej, życiowej i rodzinnej dla celów ZFŚS za rok .....
- 4) Uzasadnienie lub inne warunki, w szczególności wskazanie zdarzenia losowego (w przypadku wnioskowania o zapomogę losową).....  
.....  
.....

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym Wniosku w celu jego rozpatrzenia zgodnie z ustawą z 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych oraz z ustawą z 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych

4. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą oraz zostałem/am zapoznany/a z treścią art.233 par.1 KK, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.....podpis Wnioskodawcy

5. Przyznane świadczenie proszę przelać :

- przelewem na mój rachunek ROR wskazany przeze mnie do wypłat wynagrodzeń,
- ponieważ nie posiadam rachunku bankowego odbiorę osobiście w kasie BS po telefonicznym powiadomieniu mnie o terminie odbioru świadczenia pod numer telefonu .....

\_ dzieci uczące się do 25 roku nie mające dochodu z tytułu zatrudnienia

\_ \*\* niepotrzebne skreślić

.....  
data , podpis wnioskodawcy

### **Decyzja Administratora Funduszu Socjalnego CUW**

na posiedzeniu w dniu .....i po zapoznaniu się z wnioskiem Administratora postanowił:

- 1) Przyznać świadczenie w formie\*.....  
w kwocie ..... zł.
- 2) Oddalić wniosek o przyznanie pomocy socjalnej\*
- 3) Zawniósł o uzupełnienie informacji do wniosku\*

\*właściwe wybrać

Podpis przedstawiciela pracowników CUW	Podpis głównego księgowego CUW	Podpis Administratora Funduszu _dyrektora CUW