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

*imię i nazwisko osoby uprawnionej ……………………...............*..

*data i podpis pracownika DLK*

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

*adres stałego pobytu*

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

*komórka org. nr osobowy wykorzystanie świadczeń*

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

*data odejścia na emeryturę/rentę (dot. emerytów i rencistów)*

1. .......................................

*.........................................................................................*

*telefon kontaktowy* 2. *.......................................*

3. *.......................................*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI**

**Uzasadnienie wniosku:**

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

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

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

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

1. **Oświadczam, że wraz ze mną zamieszkują niżej wymienione osoby:**
2. ......................................................................................................................................................................................... *imię i nazwisko data urodzenia pokrewieństwo miejsce pracy lub nauki*
3. ......................................................................................................................................................................................... *imię i nazwisko data urodzenia pokrewieństwo miejsce pracy lub nauki*
4. ......................................................................................................................................................................................... *imię i nazwisko data urodzenia pokrewieństwo miejsce pracy lub nauki*
5. ......................................................................................................................................................................................... *imię i nazwisko data urodzenia pokrewieństwo miejsce pracy lub nauki*
6. ......................................................................................................................................................................................... *imię i nazwisko data urodzenia pokrewieństwo miejsce pracy lub nauki*
7. ......................................................................................................................................................................................... *imię i nazwisko data urodzenia pokrewieństwo miejsce pracy lub nauki*
8. **Do wniosku dołączam:**

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. ............................................................................................................................................

3. ............................................................................................................................................

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

data i podpis wnioskodawcy

1. **Proszę o przekazanie zapomogi z ZFŚS na moje konto osobiste:**

w Banku…………………………………………………………………………………………………………... nr rachunku bankowego:

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

W związku z tym, iż nie posiadam konta, proszę wysłać na adres: ………………..………………..………………………………..

*miejscowość*

ulica……………………………………………………….….. nr domu………………. nr mieszkania……………nr kodu………………

*Osoba korzystająca z ulgowych usług i świadczeń (ze środków Funduszu), która złożyła oświadczenie niezgodne z prawdą, przedłożyła sfałszowany dokument lub w inny sposób świadomie i celowo wprowadziła w błąd albo wykorzystała przyznane środki z Funduszu niezgodnie z ich przeznaczeniem traci prawo do korzystania ze środków Funduszu przez trzy kolejne okresy, na jakie można otrzymać dane świadczenie lub pomoc. Ponadto jest zobowiązana do niezwłocznego zwrotu otrzymanej kwoty dopłaty lub pomocy wraz z ustawowymi odsetkami*.

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

data i podpis wnioskodawcy

**DECYZJA KOMISJI SOCJALNEJ**

**1.** Przyznaje się zapomogę finansową w kwocie..................................................................................................../zł.

* Przyznana zapomoga jest opodatkowana podatkiem dochodowym od osób fizycznych w kwocie ...........................................zł.\*
* Przyznana zapomoga jest wolna od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.**\***

Uzasadnienie (w przypadku negatywnej decyzji)

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

**\*niepotrzebne skreślić**

**PODPISY KOMISJI SOCJALNEJ**

1. .............................................................. 4. ..........................................................................

2. ............................................................. 5. ..........................................................................

3. ............................................................. 6. ….......................................................................