

**Załącznik nr 2 stanowiący  
Załącznik Nr 3 do Regulaminu  
Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych  
w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Michałowicach**

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*nazwisko i imię składającego wniosek*

**Dyrektor  
Szkoły Podstawowej w Michałowicach**

.....  
*uprawniony: pracownik, emeryt, rencista, dziecko,  
osoba pobierająca świadczenie kompensacyjne.*

.....  
nr konta, na które należy przelać świadczenie, jeżeli od ostatniej wypłaty uległ zmianie

**W N I O S E K  
o przyznanie świadczenia socjalnego.**

1. Proszę o udzielenie świadczenia socjalnego:
  - 1) **refundacji wypoczynku zorganizowanego,**
  - 2) **refundacji kolonii, obozu, zimowiska dla dziecka wnioskodawcy kształcącego się do ukończenia nauki, nie dłużej niż do 18 roku życia,**
  - 3) **„wczasy pod gruszą” w uzasadnieniu proszę podać okres, w którym będzie zorganizowany wypoczynek; datę urodzenia oraz imię i nazwisko dziecka (jeśli jego wniosek dotyczy)**
  - 4) **zapomogi losowej z tytułu .....**
  - 5) **zapomogi zwykłej,**
  - 6) **dopłaty do różnych form działalności kulturalno-oświatowej, sportowo-rekreacyjnej.**

*/właściwe podkreślić/*

**UZASADNIENIE**

.....  
.....  
.....  
**Oświadczam, że średni dochód miesięczny brutto na 1 członka rodziny wynosi:**

<b>Lp.</b>	<b>Dochód</b>	<b>Właściwy dochód zaznaczyć</b>
1.	Do 2 000	
2.	2 001 – 2 800	

3.	2 801 i więcej	
----	----------------	--

.....  
*podpis emeryta/rencisty/osoby  
pobierającej świadczenie kompensacyjne*

**2. (Wypełniają wszyscy wnioskodawcy)**

**Uprzedzony o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam,  
że wszystkie podane informacje są prawdziwe.**

.....  
*podpis pracownika*

**Do wniosku dołączam:**

- W przypadku dofinansowania zorganizowanego wypoczynku - oryginał dokumentu (rachunek/fakturę) potwierdzającą poniesione koszty wraz z adnotacją, że **opłata obejmowała nocleg i wyżywienie (usługa kompleksowa)**. Jeżeli dofinansowanie jest na dziecko, które ukończyło 18 lat należy przedstawić do wglądu Komisji Socjalnej legitymację szkolną lub studencką : numer legitymacji..... data urodzenia.....
- W przypadku Zapomogi losowej (zdrowotnej) – aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające chorobę przewlekłą lub długotrwałą oraz dokumenty (rachunki/faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia wraz z oświadczeniem, że zakupione leki/usługi były związane z chorobą.
- W przypadku Zapomogi losowej – (należy przedstawić do wglądu Komisji Socjalnej)
  - akt zgonu – numer aktu zgonu ..... data wystąpienia zdarzenia.....
  - udokumentowane straty w wyniku kradzieży, pożaru, zalania, wypadku itp., – numer sprawy ..... data wystąpienia zdarzenia.....

**Stanowisko Komisji Socjalnej:**

Po dokonaniu analizy wniosku proponujemy wypłatę świadczenia

w wysokości.....zł, zgodnie z Regulaminem ZFŚS w

**Podpisy członków Komisji:**

.....  
.....

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

Przyznano/nie przyznano wyżej wymienione świadczenie.

Dofinansowanie wynosi ..... zł

słownie zł .....

.....  
*podpis dyrektora*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Placówka reprezentowana przez Dyrektora, w której składany jest wniosek. Sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych to adres e-mail: iodo.cuw@michalowice.pl