**Załącznik nr 9 do Regulaminu ZFŚS**

**W n i o s e k**

**dla pracownika/emeryta/rencisty\***

**o przyznanie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej losowej**

**Imię i nazwisko ………........……………………………………………………………………**

**Jednostka organizacyjna/stanowisko …………………………………………………………...**

**Adres zamieszkania/nr tel. ……………………………………………………………………...**

1. **Proszę o przyznanie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej z tytułu (właściwe zaznaczyć):**
* **zdarzenia losowego: kradzież, pożar, zalanie, nieszczęśliwy wypadek, inne\* ………………… .………………………………………………………………….……**
* **klęski żywiołowej: powódź, susza, pożar, inne\* …………………….…………………**
* **długotrwałej choroby własnej lub członka rodziny**
* **zgon członka rodziny**
1. **Uzasadnienie wniosku (opisać skutki):**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Załączniki do wniosku (należy dołączyć dokumenty potwierdzające zasadność wniosku, zaświadczenia, faktury, oświadczenie o niepełnosprawności, inne):**

**...………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:**

**miesięczne, łączne dochody wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących
i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, wynoszą :**

**……...……………..…. zł, co w przeliczeniu na osobę wynosi ……...……………..…. zł.**

**.………………………………**

 **(data i podpis wnioskodawcy)**

**\* niepotrzebne skreślić**

1. **Decyzja Komisji Socjalnej:**

**W dniu …………………… wniosek zaopiniowano pozytywnie/negatywnie\*.**

**Wnioskujemy o udzielenie zapomogi w wysokości ……...……….…………………...…. zł**

**(słownie: …………………………………………………………………………….………)**

**Przewodniczący Komisji: …………………………………**

**Członkowie:**

1. **……………………………………………………...**
2. **……………………………………………………...**
3. **……………………………………………………...**
4. **……………………………………………………...**
5. **……………………………………………………...**
6. **Decyzja pracodawcy:**

Zatwierdzam/nie zatwierdzam\* decyzję Komisji Socjalnej.

**.………………………………**

 **(podpis pracodawcy)**

Otrzymują :

1. DFK

2. DOiK- a/a

**\* niepotrzebne skreślić**