**Dyrektor Zespołu Szkolnego**

**w Stanisławowie**

Imię i nazwisko wnioskodawcy ...........................................................................................

Miejsce pracy .......................................................................................................................

Miejsce zamieszkania ..........................................................................................................

**Proszę o przyznanie dla mnie**\*) **i mojej rodziny**\*) / podać rodzaj świadczenia / ......... ..............................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................... dla ......... osób:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby uprawnionej | Data urodzenia | Miejsce pracy | Stopień  pokrewieństwa |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że:**

1. W okresie /podać jakim/ ...................................................... średni miesięczny dochód na osobę w mojej rodzinie mieści się w przedziale dochodowym ……. *(wpisać odpowiednio A, B, C lub D zgodnie z tabelą maksymalnych dopłat z ZFŚS)*.

*/dokładną, wyliczoną kwotę można podać w uzasadnieniu wniosku o zapomogę - bezzwrotną pomoc finansową lub rzeczową oraz pomoc zwrotną na cele mieszkaniowe/*

1. Zwracam się o świadczenie z uwagi na następującą sytuację życiową i rodzinną: ........ ............................................................................................................................................................................................................................................................................................ ............................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia należnej odpłatności za przyznane świadczenie w ....... ratach, poczynając od .................................. .
3. Ostatni raz korzystałem z podobnego świadczenia .........................................................
4. Równocześnie nie korzystam / korzystam\*) z podobnego świadczenia z innego źródła /jakiego ?/ ...........................................................................w wysokości .................. zł .

**Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnym podpisem, świadomy odpowiedzialności określonej w § 8 ust. 3 regulaminu.**

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

/ data i podpis wnioskodawcy /

Stanisławów, dn. .........................................

Decyzja osób reprezentujących zakładowe organizacje związkowe oraz pracodawcę.

**Przyznano** \*)– **Odmówiono**\*) ................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

/ podpisy osób reprezentujących zakładowe organizacje związkowe / / podpis pracodawcy /

\*) niepotrzebne skreślić