

....., dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEN SOCJALNYCH

.....

.....

.....

(wymienić rodzaj świadczenia)

Osobami uprawnionymi do dofinansowania (finansowania) pozostającymi we wspólnym gospodarstwie domowym są:

1.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa)
2.
3.
4.

.....

(-) podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód na członka mojej rodziny za okres miesiąca poprzedniego wyniósł:

L.p.	Imię i nazwisko wnioskodawcy, członków rodziny	Stopień pokrewieństwa	Dochód miesięczny (netto)
1			
2			
3			
4			
5			

1. Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że wyżej podane dane są prawdziwe, wymienione dochody w mojej rodzinie są jedynymi jakie posiadam i znane mi są przepisy Regulaminu ZFŚS o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwych danych w tym zakresie.
2. W przypadku zmiany mojej sytuacji rodzinnej / finansowej mającej wpływ na średni dochód w rodzinie i wysokość dofinansowania lub refundacji wg zasad Regulaminu zobowiązuję się do niezwłocznej aktualizacji danych ujętych w niniejszej informacji.
3. Wyrażam zgodę na przechowywanie swoich danych osobowych, ich przetwarzanie i wykorzystanie na potrzeby ZFŚS przez obsługującego ZFŚS w DPS Gryfice zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO).
4. Potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym oświadczeniu.

.....
(-) podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Socjalnej:

1. Komisja Socjalna przyznaje świadczenie
w kwociezł zgodnie z tabelą dofinansowania.
2. Komisja Socjalna odrzuca wniosek o świadczenie
z powodu

