

Data wypełnienia:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr telefonu

WNIOSEK o dofinansowanie wypoczynku emeryta, rencisty

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie z ZFŚS wypoczynku.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

1. liczba osób w rodzinie, w tym dzieci*
2. miesięczny **dochód**¹ przypadający na 1 osobę wynosi (właściwe podkreślić):
 - a) do 1 900,00 zł
 - b) od 1 900,01- 2 900,00 zł
 - c) powyżej 2 900,01 zł

Przyznane świadczenie proszę przekazać na poniżej wskazany rachunek bankowy:

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

.....
(podpis emeryta/rencisty)

Opinia Komisji Socjalnej:
pozytywna/negatywna**

.....
(w przypadku opinii negatywnej podać uzasadnienie)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpisy członków Komisji)

Wniosek należy złożyć w Dziale ds. Pracowniczych i Socjalnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

¹**dochód** – zgodnie z § 2 ust. 7 Regulaminu ZFŚS należy przez to rozumieć przychód pomniejszony o zapłacone składki na ubezpieczenie społeczne znajdujące się w zeznaniu podatkowym (m.in. PIT-28, PIT-36, PIT-36L, PIT-37, PIT-40A/11A i inne).

* zgodnie z § 8 ust. 3 Regulaminu ZFŚS

** niewłaściwe skreślić