

Data wypełnienia:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Preferowana forma kontaktu (nr telefonu/e-mail)

WNIOSEK
o dofinansowanie do imprez kulturalno-oświatowych i sportowo-rekreacyjnych emeryta, rencisty

Zwracam się z prośbą o przyznanie dofinansowania do następujących wydarzeń kulturalno-oświatowych i sportowo-rekreacyjnych:

Lp.	Wydarzenie	Koszt udziału emeryta, rencisty	Koszt udziału członka rodziny	Przyznane dofinansowanie (wypełnia Komisja Socjalna)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Podsumowanie				

Pouczenie: Podstawą przyznania dofinansowania jest udokumentowanie dokonania zakupu przez Wnioskodawcę poprzez złożenie imiennej faktury. W przypadku zakupu biletów również dla uprawnionego członka rodziny, Wnioskodawca powinien na fakturze odrębnie opisać kto był uczestnikiem wydarzenia wraz ze stopniem pokrewieństwa (osoby uprawnione wymienione są w § 8 ust. 3 Regulaminu ZFŚS). Wysokość dofinansowania określają Tabele dopłat. Wnioski należy składać do dnia **31 października** danego roku.

OŚWIADCZENIE

Liczba osób w rodzinie:		
Wnioskodawca	Współmałżonek/ka	Liczba dzieci, w tym: dzieci <u>uczące się</u> – maksymalnie do 26 roku życia oraz dzieci z niepełnosprawnościami – bez względu na wiek
	☐ TAK ☐ NIE	

miesięczny **dochód*** przypadający na 1 osobę wynosi (**właściwe podkreślić**):

a) do 2 500,00 zł b) 2 500,01 – 3 500,00 zł c) powyżej 3 500,00 zł

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

Przyznane świadczenie proszę przekazać:

- ☐ na dotychczasowy rachunek bankowy
- ☐ na NOWY rachunek bankowy o numerze:
- _____
- ☐ do kasy zlokalizowanej w
- ☐ przekazem pocztowym na adres zamieszkania (świadczenie zostanie pomniejszone o koszt przekazu)

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach a prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(podpis)

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

Opinia Komisji Socjalnej:

- ☐ Pozytywna – w wysokości:.....zł
- ☐ Negatywna – wymaga uzasadnienia:.....
- ☐ Wezwanie do przedłożenia PIT – zgodnie z § 9 ust. 4 Regulaminu

.....
(data)

.....
(podpisy członków Komisji)