

Data wypełnienia:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Preferowana forma kontaktu (nr telefonu/e-mail):

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WYPOCZYNKU EMERYTA/RENCISTY

OŚWIADCZENIE

Liczba osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń ZFŚS w mojej rodzinie:	
Wnioskodawca	1
Współmałżonek/ka	TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)
Liczba dzieci pozostających na utrzymaniu, tj.: dzieci <u>uczące się</u> – maksymalnie do 26 roku życia oraz dzieci z niepełnosprawnościami – bez względu na wiek	

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

a) do 3 000,00 zł

b) 3 000,01 – 4 000,00 zł

c) powyżej 4 000,01 zł

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

UWAGA – zgodnie z zapisami Regulaminu kosztów uzyskania przychodu nie odlicza się od przychodu.

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 ŚUM oraz Klauzulą RODO (dokumenty dostępne na stronie www) 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)