

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 udziału w następujących wydarzeniach:

| Lp.          | Wydarzenie | Koszt udziału emeryta, rencisty | Koszt udziału członka rodziny | Przyznane dofinansowanie (wypełnia Komisja Socjalna) |
|--------------|------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 2.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 3.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 4.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 5.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 6.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 7.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 8.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 9.           |            |                                 |                               |                                                      |
| 10.          |            |                                 |                               |                                                      |
| 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 uprawnionych do korzystania ze świadczeń ZFŚS w mojej rodzinie:                                                                                      |                                   |
| Wnioskodawca                                                                                                                                                     | 1                                 |
| Współmałżonek/ka                                                                                                                                                 | TAK / NIE (niepotrzebne skreślić) |
| Liczba dzieci pozostających na utrzymaniu, tj.:<br>dzieci uczące się – maksymalnie do 26 roku życia<br>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)