

WNIOSEK

o przyznanie ulgowego świadczenia socjalnego

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

Miejsce pracy

Miejsce zamieszkania

Proszę o przyznanie dla mnie* i mojej rodziny*

(określić rodzaj świadczenia – zapomogi **, wczasy turystyczne, kolonie, dopłata do wypoczynku)

.....

.....

.....

.....

*niepotrzebne skreślić

** umotywować wniosek

- dołączyć załączniki

.....

(Data i podpis wnioskodawcy)

Decyzja pracodawcy uzgodniona z zakładowymi organizacjami związkowymi (przyznano*- odmówiono*)

.....

podpisy osób podejmujących decyzję:

.....

(Podpis przedstawiciela
zakładowej organizacji związkowej)

.....

(Podpis Dyrektora)

Oświadczam, że:

Zapoznałem się z informacją wynikającą z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane też RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu skorzystania ze świadczeń finansowanych z ZFŚS Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego nr 1 z siedzibą w Kaliszu ul. Kordeckiego 17a, 62-800 Kalisz

.....

(data i podpis osoby składającej informację)

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA dotyczące dochodów 2024 rok

Ja niżej podpisany niniejszym oświadczam:

- 1) średni dochód miesięczny mój i wszystkich członków mojej rodziny (współmałżonek, dzieci do lat 18 lub uczące się do 26 roku życia), wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, wynosi na podstawie rozliczenia rocznego za rok 2024 :

Lp.	Imię i nazwisko pracownika/emeryta/rencisty członka uprawnionego	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Wpisać czy uczy się czy pracuje

brutto..... zł,

co stanowi przeciętniezł na 1 osobę

- 2) Uwagi wnioskodawcy o sytuacji życiowej i rodzinnej

.....
Do dochodu rodziny zalicza się:

1. Składniki wynagrodzenia brutto, uwzględniając przy obliczaniu ekwiwalentu za urlop wypoczynkowy
2. Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z wyjątkiem zasiłków porodowych, pogrzebowych i rodzinnych.
3. Emerytury, renty, renty rodzinne.
4. Wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia w gospodarstwie rolnym.
5. Dochody z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i współpracy przy prowadzeniu tej działalności.
6. Zasiłek dla bezrobotnych.
7. Inne dochody podlegające opodatkowaniu według ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności regulaminowej i karnej(art.247 § 1.K.K)

Kalisz, dnia

.....
(podpis pracownika)

Oświadczam, że:

Zapoznałem się z informacją wynikającą z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane też RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu skorzystania ze świadczeń finansowanych z ZFŚS Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego nr 1 z siedzibą w Kaliszu ul. Kordeckiego 17a, 62-800 Kalisz

.....
(data i podpis osoby składającej informację)