**Załącznik nr 2 do Regulaminu ZFŚS**

……..
/Pieczęć zakładu pracy/

| **WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH ZFŚS[1]** | | |
|---|---|---|
| *Nazwisko i imię wnioskodawcy:* | *Komórka organizacyjna /adres[2]* | *Nr tel.* |
| | | |

| **Oświadczenie wnioskodawcy o dochodzie netto na 1 członka rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym** | **Przedział dochodowy:**<br>☐ do 1200 zł<br>☐ 1 201 zł – 2 600 zł<br>☐ 2 601 zł – 3 600 zł<br>☐ powyżej 3600 zł |
|---|---|

| **RODZAJ ŚWIADCZENIA** | | |
|---|---|---|
| ☐ | Dofinansowanie do **wypoczynku pracownika** | ***urlop w terminie od – do:*** |
| ☐ | Częściowa refundacja udokumentowanych kosztów zorganizowanego **wypoczynku dziecka pracownika** | ***Dane wystawcy, data i numer rachunku / faktury*** |
| ☐ | Częściowa refundacja udokumentowanych kosztów **zajęć sportowo-rekreacyjnych** | |
| ☐ | Częściowa refundacja udokumentowanych kosztów **wypoczynku emerytów i rencistów** | |
| ☐ | **Pomoc socjalna /zapomoga/** | |

| **Lp.** | **Osoby uprawnione** | **Nazwisko** | **Imię** | **Data urodzenia** | **Przyznane świadczenie** *(wypełnia pracownik ds. socjalnych)* |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Pracownik emeryt / rencista | | | ----------<br>---------- | |
| 2. | Uprawnieni członkowie rodziny | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| | | | | **ŁĄCZNA KWOTA ŚWIADCZENIA** | |

| ***Data i podpis wnioskodawcy:*** | ***Data i podpis pracownika Kadr:*** |
|---|---|
| | |