Załącznik nr 4

WNIOSEK
O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA DO WYPOCZYNKU Z ZFŚS

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(zajmowane stanowisko)

Proszę o przyznanie mi dofinansowania wypoczynku organizowanego w formie: wczasy rodzinne*, sanatorium*, we własnym zakresie* dla mnie oraz dla niżej wymienionych członków rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

1. **Gospodarstwo jednoosobowe** *
2. **Rodzina niepełna** - dotyczy osób samotnie wychowujących dzieci * (należy dokładnie uzupełnić poniższą tabelę **)

L.p	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa – data urodzenia dzieci

3. **Gospodarstwo wieloosobowe** *:(należy dokładnie wypełnić poniższą tabelę, podać osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym**)

L. P.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa (data urodzenia w przypadku dzieci)

Oświadczenie wnioskodawcy:
Średni dochód łączny brutto na **1 członka gospodarstwa domowego**** miesięcznie (z ostatnich 3 miesięcy) wynosi: ..... zł. (podajemy konkretną, wyliczoną kwotę)****

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 271 KK

* Niepotrzebne skreślić
** Dla dzieci pełnoletnich wymagane **jest zaświadczenie potwierdzające naukę.**
*** **Za członka gospodarstwa domowego rozumie się wszystkie osoby pozostające w jednym gospodarstwie domowym tj. m. in. Małżonek/małżonka, partner/partnerka, dzieci (również pełnoletnie), rodzicę wnioskodawcy etc.**
**** **W dochód gospodarstwa domowego oprócz wynagrodzenia za pracę/emerytury/renty wliczają się również alimenty, stypendia itp.**

.....
Podpis wnioskodawcy

Decyzja o przyznaniu świadczenia:
Przyznano dofinansowanie do wypoczynku:

- dla wnioskodawcy w kwocie .....
  (słownie zł .....)
- dla dzieci w kwocie .....
  (słownie zł.....)
- dla współmałżonka w kwocie .....
  (słownie zł.....)

Zespół socjalny

Decyzja o przyznaniu:

Lp.		Pozytywna:	Negatywna:
1.	Dyrektor lub wskazana przez niego osoba,		
2.	przedstawiciel zakładowych organizacji związkowych, ZNP		
3.	przedstawiciel zakładowych organizacji związkowych, Solidarność		

Decyzja Dyrektora o przyznaniu świadczenia:
Zatwierdzam*/ nie zatwierdzam świadczenie do wypłaty

Łódź, dn. .....

.....
(podpis Dyrektora)