……
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……
(adres zamieszkania)

załącznik nr 4 do ZFŚS

Dyrektor Przedszkola nr 171
ul. Równa 2
03-418 Warszawa

Wniosek
o przyznanie świadczenia socjalnego w formie zapomogi zdrowotnej/losowej

1.Uzasadnienie…….....
(opis sytuacji życiowej lub zdarzenia losowego)

……..…

……..…

……..…

……..…

2. Oświadczenie wnioskodawcy:

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:
- moja rodzina zamieszkująca i prowadząca wspólne gospodarstwo domowe składa się z …… osób,
- miesięczny dochód brutto na jedną osobę z ostatniego miesiąca wynosi …… zł.

3. Proszę o dokonanie wpłaty dofinansowania gotówką/przelewem na rachunek bankowy:

……

4. Załączniki:

1) …….

2) ……..

3) …….

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Przedszkola nr 171 i nie wnoszę do niego uwag. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych dokumentach, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i art. 9 ust.2 lit. a), b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

…….
(data i podpis wnioskodawcy)

Decyzja pracodawcy o przyznaniu dofinansowania

Przyznaję dofinansowanie w kwocie …… zł.

…….
(podpis i pieczątka dyrektora)