

ZAŁĄCZNIK NR 1

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(miejsce pracy)

.....
(nr emerytury - renty w przypadku emerytów, rencistów)

INFORMACJA O SYTUACJI ŻYCIOWEJ, RODZINNEJ I MATERIALNEJ OSOBY ZAMIERZAJĄCEJ SKORZYSTAĆ W ROKU KALENDARZOWYM Z ULGOWYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z ZFŚS

Informuję, że w skład mojej rodziny, poza mną, wchodzi następujące osoby, uprawnione zgodnie z Regulaminem do korzystania z ZFŚS / jestem osobą samotną*:

1.
(imię i nazwisko - stopień pokrewieństwa- miejsce pracy lub nazwa szkoły - data urodzenia - inne informacje np. orzeczenie o niepełnosprawności)
2.
3.
4.

Za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmałżonka oraz dzieci (w wieku do 18 lat lub do czasu ukończenia nauki w szkole, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 lat) wspólnie zamieszkujących z wnioskodawcą i prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe.

Średni miesięczny dochód brutto ** mój i osób wymienionych w poz. 1-4 na 1 członka rodziny za rok wykazany w rozliczeniach podatkowych PIT wynosił..... zł.

Dodatkowa informacja mająca wpływ na sytuację życiową (np. niepełnosprawność własna lub członka rodziny, długotrwała choroba lub inne okoliczności)

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma(y) odpowiedzialności przewidzianej w §12 Regulaminu.

.....
(data i czytelny podpis składającego informację)

Objaśnienia do informacji:

*) niepotrzebne skreślić

***) oznacza łączny przychód roczny za rok

ZAŁĄCZNIK NR 2

DOPLATA DO ŚWIADCZENIA URLOPOWEGO PRACOWNIKA

| Dochód brutto na jednego członka rodziny | Dopłata za 1 dzień wypoczynku |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|
| Do 2.800 zł | 120 zł |
| 2.801 zł – 3.800 zł | 115 zł |
| 3801 zł – 4800 zł | 110 zł |
| Powyżej 4801 zł | 105 zł |
| Dopłata przysługuje na 14 dni kalendarzowych. | |

ZAŁĄCZNIK NR 3

DOFINANSOWANIE DO UDZIAŁU W IMPREZACH KULTURALNYCH, OŚWIATOWYCH,
SPORTOWYCH, REKREACYJNYCH I TURYSTYCZNO - KRAJOZNAWCZYCH

| Dochód brutto na członka rodziny | Wysokość dofinansowania |
|----------------------------------|-------------------------|
| Poniżej 2.800 zł | 95 % |
| 2.801 zł – 3.800 zł | 90 % |
| 3801 zł – 4.800 zł | 85 % |
| Powyżej 4801 zł | 80 % |

DOFINANSOWANIE DO WYPOCZYNKU DZIECI I MŁODZIEŻY.

| Dochód brutto na członka rodziny | Wysokość dofinansowania |
|----------------------------------|-------------------------|
| Poniżej 2.800 zł | 60 % |
| 2.801 zł – 3.800 zł | 55 % |
| 3801 zł – 4.800 zł | 50 % |
| Powyżej 4801 zł | 45% |

ZAŁĄCZNIK NR 5

WYSOKOŚĆ UDZIAŁANYCH POŻYCZEK MIESZKANIOWYCH.

1. **3000 zł** z odsetkami w wysokości 3% oraz spłatą w ratach:

- I rata – 228,75 zł
- 19 rat – 150 zł

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
.....

Szczecinek,

OŚWIADCZENIE EMERYTY / RENCISTY

Zgodnie z § 5 ust. 1 d Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Przedszkola Publicznego im. Kornela Makuszyńskiego oświadczam, że od chwili przejścia na emeryturę/ rentę z Przedszkola Publicznego im. Kornela Makuszyńskiego / Zakładu Budżetowego Szkół i Przedszkoli? Miejskiego Zakładu Doskonalenia Nauczycieli Obsługi Szkół i Przedszkoli pozostawałam/em / nie pozostawałam / em * i nie pozostaję z innymi pracodawcami niż Przedszkole Publiczne im. Kornela Makuszyńskiego w Szczecinku w stosunku pracy, na podstawie umowy o pracę.

(*) niepotrzebne skreślić

.....
Podpis pracownika

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

Szczecinek,

.....
(miejsce pracy)

.....
(emeryt , rencista)*

WNIOSEK
o zapomogę socjalną

Proszę o przyznanie pomocy rzeczowej / finansowej *, z powodu:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
* niepotrzebne skreślić

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Decyzja o przyznaniu świadczenia:

Przyznano świadczenie rzeczowe / finansowe o wartości? w kwocie*:

(słownie zł:)

Podpisy Komisji Socjalnej:

.....
(data i podpis dyrektora)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Szczecinek,

.....
(miejsce pracy)

.....
(emeryt , rencista)*

WNIOSEK
o zapomogę losową

Proszę o przyznanie pomocy rzeczowej / finansowej *, z powodu:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Termin złożenia wniosku: 3 miesiące od zdarzenia.

Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrzony i zostanie zwrócony wnioskodawcy.

.....
* niepotrzebne skreślić

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Decyzja o przyznaniu świadczenia:

Przyznano świadczenie rzeczowe / finansowe o wartości? w kwocie*:

(słownie zł:)

Podpisy Komisji Socjalnej:

.....
(data i podpis dyrektora)