

Koszalin, dnia:

.....
(imię i nazwisko wnioskującego)

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

Wniosek o dofinansowanie wypoczynku z ZFŚS

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi dofinansowanie do wypoczynku zorganizowanego we własnym zakresie, który obyłam/em / odbędę * w dniach od:do

tj. dni kalendarzowych w

.....

..... (miejscowość, miejsce wypoczynku , trasa, itp.).

Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych w złożonym wniosku. Jednocześnie stwierdzam, że znana jest mi treść obowiązującego regulaminu ZFŚS.

.....
podpis wnioskującego

W przypadku niewykorzystania przynajmniej 14 dni urlopu w w/w terminie zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego świadczenia w terminie 30 dni od daty jego otrzymania.

W przypadku nie dokonania przez mnie zwrotu, upoważniam Pracodawcę do potrącenia mi z bieżącego wynagrodzenia otrzymanej kwoty dofinansowania jako świadczenia nienależnego.

.....
podpis wnioskującego

* niewłaściwe skreślić

WAŻNE:

Warunkiem otrzymania świadczenia jest złożenie oświadczenia o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej, o którym mowa w § 9 Regulaminu ZFŚS (załącznik nr 3).

Decyzja Komisji Świadczeń Socjalnych:

Komisja Świadczeń Socjalnych na posiedzeniu w dniu na wniosek o dofinansowanie do wypoczynku zorganizowanego dla dzieci i młodzieży ze środków ZFŚS, proponuje*

- Przyznać Wnioskodawcy świadczenie w wysokości złotych
- nie przyznać świadczenia.

Dochód osiągnięty przez Wnioskującego, wskazany w oświadczeniu o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej (załącznik nr 3) mieści się w progu dochodowym, o którym mowa w § 6 ust.2.

Uwagi Komisji Socjalnej:

.....
.....

.....
data i podpis przewodniczącego Komisji Socjalnej

Opinia Zakładowej Organizacji Związków Zawodowych:

Wyraża / nie wyraża* zgody na przyznanie świadczenia ze środków ZFŚS SP 7 w Koszalinie Wnioskującemu w wysokości określonej przez Komisję.

Uwagi:

.....

.....
podpis przedstawiciela Związków Zawodowych

Decyzja Dyrektora

Przyznaję / nie przyznaję *świadczenie ze środków ZFŚS SP 7 w Koszalinie Wnioskodawcy w wysokości określonej przez Komisję.

Uwagi:

.....

.....
podpis Dyrektora

* niewłaściwe skreślić