Wrocław, dnia...............................

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

*nazwisko i imię*

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

*jednostka organizacyjna uczelni lub nr emerytury/renty*

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

*adres zamieszkania – nie dotyczy pracownika telefon kontaktowy*

**W N I O S E K**

**o przyznanie zapomogi z tytułu zdarzenia losowego**

**Proszę o przyznanie z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zapomogi z tytułu zdarzenia losowego: \***

nagła choroba własna lub najbliższego członka rodziny,

długotrwała choroba własna lub najbliższego członka rodziny,

nieszczęśliwe zdarzenie losowe związane z utratą poważnej części mienia (pożar, zalanie, kradzież, skutki żywiołu itp.),

zgon pracownika, emeryta, rencisty,

zgon współmałżonka, dziecka do 18 roku życia (bądź 25 jeżeli się uczyło) , rodziców lub teściów

inne trudne sytuacje życiowe spowodowane przyczynami losowymi.

**Opis zdarzenia losowego:**

**Do wniosku dołączam dokumenty potwierdzające zdarzenie losowe:**

− ……………………………………………………………….

− ……………………………………………………………….

− ……………………………………………………………….

**Oświadczam, że:**

* Średni miesięczny przychód na jednego członka rodziny wynosi: \*

jest niższy niż **3000,00** zł

mieści się w przedziale od **3000,00** zł do **6000,00** zł

jest wyższy niż **6000,00** zł

* Prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe: \*

TAK

NIE, pozostaję w gospodarstwie domowym składającym się z ………. osób

**Proszę o wypłatę świadczenia:\***

w kasie każdej placówki Banku PKO BP

przesłanie na adres domowy Ulica, numer …………………………..…… Kod …………

Miejscowość ………………. Poczta …………………….. Gmina …………………….……

przesłanie na moje konto osobiste nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* *Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu.*
* *Świadomy odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego) potwierdzam prawdziwość wyżej przedstawionych danych.*
* *Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną, stanowiącą załącznik do niniejszego wniosku. Klauzula informacyjna o administratorze i prawach osoby, której dane osobowe są przetwarzane dostępna jest na stronie internetowej Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu pod adresem* [*https://upwr.edu.pl/pracownicy/dla-emerytow/zakladowy-fundusz-swiadczen-socjalnych*](https://upwr.edu.pl/pracownicy/dla-emerytow/zakladowy-fundusz-swiadczen-socjalnych) *oraz w Dziale Kadr i Płac, tj. w bezpośrednio w siedzibie uczelni.*

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

*podpis wnioskodawcy*

*Wypełnia pracownik DKiP*

Numer ewidencyjny ………..………………………….………………

Pesel ……………………………………………………………………



Decyzja Komisji Socjalnej z dnia ……………………… : \*

**⬜** POZYTYWNA

**⬜** NEGATYWNA

Kwota świadczenia: …………………………………… *złotych*

………...................................................

*podpis przewodniczącej/-go oraz członków KS*

***\* właściwe zaznaczyć X***