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 pieniężnej**

Proszę o przyznanie z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zapomogi pieniężnej z powodu trudnej sytuacji finansowej.

**Oświadczam, że:**

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

[ ] jest niższy niż **2000,00** zł

[ ] mieści się w przedziale od **2000,00** zł do **2300,00** zł

[ ] mieści się w przedziale od **2300,01** zł do **2600,00** zł

[ ] mieści się w przedziale od **2600,01** zł do **2900,00** zł

[ ] mieści się w przedziale od **2900,01** zł do **3200,00** zł

* prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe: \*

[ ] TAK

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

Do wniosku dołączam:

− ……………………………………………………………….

− ……………………………………………………………….

− ……………………………………………………………….

**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 ……………………………………………………………………



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

**⬜** POZYTYWNA

**⬜** NEGATYWNA

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

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

 *podpis przewodniczącej/-go oraz członków KS*

***\*właściwe zaznaczyć X***