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

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

*nazwisko i imię*

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

*jednostka organizacyjna uczelni lub nr emerytury/renty*

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

*adres zamieszkania 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 gwałtownego, niespodziewanego wzrostu cen towarów i usług oraz zmniejszenia siły nabywczej pieniądza w sposób zaburzający bezpieczeństwo finansowe gospodarstwa domowego.

**Opis zdarzenia losowego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WZROST WYDATKÓW ZA: | ……………….………2021*(miesiąc)* | ……………….…2022/2023*(miesiąc)* |
| Woda |  |  |
| Gaz  |  |  |
| Prąd |  |  |

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

* zapoznałem/am się z regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych UPWr

Proszę o wypłatę świadczenia:

[ ] **w kasie każdej placówki Banku PKO BP**

[ ]  **przesłanie na adres domowy**

[ ]  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 ……………………………………………………………………

Data zatrudnienia ………………………………………………………

Decyzja Komisji Socjalnej z dnia ……………………… :

[ ] POZYTYWNA

[ ] NEGATYWNA

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

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

*podpis przewodniczącej/go oraz członków KS*

***\* właściwe zaznaczyć***