

W Z Ó R

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(jednostka organizacyjna ABW)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....
(nr telefonu kontaktowego)

DYSPONENT FUNDUSZU:

DYREKTOR BIURA KADR*

DYREKTOR DELEGATURY
ABW w*

W N I O S E K

dla emerytów/rencistów, dla których UOP/ABW był/a ostatnim pracodawcą*

Proszę o przyznanie z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych świadczenia w formie**:

- 1) bezzwrotnej zapomogi pieniężnej w związku z trudną sytuacją życiową;
- 2) bezzwrotnej zapomogi losowej;
- 3) leczenia sanatoryjnego;
- 4) wczasów profilaktyczno-leczniczych.

UZASADNIENIE

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

Moja rodzina składa się z osób, w tym dzieci (.....
(data urodzenia dzieci)
.....
(data urodzenia dzieci)

Średni miesięczny dochód netto z ostatnich trzech miesięcy na osobę w mojej rodzinie wynosi zł.

Ostatni raz korzystałem (-am) z pomocy z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w r. Z pożyczki na cele mieszkaniowe korzystałem (-am) w roku , którą spłaciłem (-am) w dniu

Przyznaną mi pomoc finansową proszę przekazać na mój rachunek bankowy w banku (nazwa banku) nr rachunku:

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku oraz w załącznikach do wniosku dla potrzeb postępowania w sprawie przyznania świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Po zapoznaniu się z wnioskiem Pana/Pani

Komisja Socjalna postanowiła zaopiniować pozytywniej/negatywnie* przyznanie świadczenia:
w wysokości:

Podpisy członków Komisji Socjalnej:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

* - niepotrzebne skreślić

** - przy właściwym postawić znak X