

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU  
ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

.....  
( nazwisko i imię pracownika)

.....  
( miejscowość, data)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(miejsce pracy, emeryt., rencista\*)

Dyrektor  
I Liceum Ogólnokształcącego  
w Zielonej Górze

**Pomoc finansowa/ rzeczowa\***

Proszę o przyznanie pomocy rzeczowej/finansowej\*, z powodu:

.....  
.....  
.....  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w tym danych szczególnych kategorii dotyczących  
zdrowia w celu związanym z przyznawaniem w/w świadczenia z Funduszu.

Proszę o przekazanie świadczenia socjalnego:

na konto.....

lub odbiorę osobiście: TAK/ NIE\*.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....  
*\*niepotrzebne skreślić*

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

| grupa | Średni m-czy dochód na jednego członka rodziny |
|-------|--|
| I     |  |
| II    |  |
| III   |  |
| IV    |  |
| V     |  |
| VI    |  |

Przyznano świadczenie rzeczowe/finansowe o wartości/w kwocie\*.....  
(słownie zł: .....)

.....  
(podpis ZNP)

.....  
(data i podpis dyrektora)

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ, RODZINNEJ I MATERIALNEJ**

Oświadczam co następuje:

średni miesięczny dochódów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym - wyliczony za ostatnie trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia oświadczenia wynosi (odpowiednie podkreślić):

| grupa | Średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny |
|-------|---|
| I     | do 2500,-   |
| II    | od 2501,- do 3500,-                                 |
| III   | od 3501,- do 4500,-                                 |
| IV    | od 4501,- do 5500,-                                 |
| V     | od 5501,- do 6500,-                                 |
| VI    | powyżej 6501,-                                      |

**Za dochód uważa się:**

- a) wynagrodzenie uzyskiwane w ramach stosunku pracy, z tytułu umów zlecenia, umowy o dzieło, umowy agencyjnej lub umowy o pracę nakładczą,
- b) dochody z tytułu: członkostwa spółdzielni, wykonywania wolnego zawodu, działalności twórczej lub artystycznej, działalności gospodarczej,
- c) świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
- d) emerytury, renty inwalidzkie, renty rodzinne wraz ze wszystkimi dodatkami, z wyjątkiem dodatków pielęgnacyjnych,
- e) stypendia, zasiłki rodzinne, renty socjalne, zasiłki stałe,
- f) dochód z pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym,
- g) dochód z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,
- h) alimenty, zaliczki alimentacyjne, zasiłki przysługujące bezrobotnym,
- i) inne.

4. Inne informacje istotne z punktu widzenia oceny sytuacji socjalnej osoby składającej oświadczenie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w tym danych szczególnych kategorii dotyczących zdrowia w celu związanym z przyznawaniem świadczeń z Funduszu.

.....  
( data i czytelny podpis wnioskodawcy)