

--

Data złożenia wniosku

--

Podpis pracownika
przyjmującego wniosek

REKTOR
PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W KONINIE

**Wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu
(dopłaty do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego w r.*)**

I CZĘŚĆ

1. Dane identyfikacyjne osoby ubiegającej się o świadczenie :

imię i nazwisko :	
stanowisko :	
adres miejsca zamieszkania :	
adres do korespondencji :	
kontakt telefoniczny - nr tel. :	

2. Wnoszę o przyznanie dopłaty do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego jako **

pracownik PWSZ w Koninie		emeryt PWSZ w Koninie		rencista PWSZ w Koninie	
-----------------------------	--	--------------------------	--	----------------------------	--

3. Oświadczam, że:

1)	jestem zatrudniony w PWSZ w Koninie od/...../..... r. **	
2)	w okresie ostatnich dwóch lat składałam(em) wniosek o dopłatę leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego	tak / nie **
3)	w okresie ostatnich dwóch lat przyznano mi dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego	tak / nie **

4. Do wniosku dołączam następujące dokumenty, stanowiące podstawę ustalenia sytuacji rodzinnej, życiowej i materialnej oraz potwierdzające zasadność przyznania świadczenia.

1.	oświadczenie do ustalenia wysokości indywidualnej dopłaty/innego świadczenia z ZFŚS;
2.	faktura / rachunek ** za leczenie sanatoryjne / rehabilitacyjne **;
3.	
4.	

Ponadto oświadczam, że:

Zapoznałam(em) się z regulaminem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych obowiązującym w PWSZ w Koninie.

Wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Prawidłowość danych zawartych w niniejszym wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem w przekonaniu, że podanie nieprawdziwych danych spowoduje skutki prawne przewidziane w art. 82 - 88 Kodeksu cywilnego w zakresie wad oświadczenia woli.

Data

Podpis wnioskodawcy

II CZĘŚĆ

Opinia Komisji Socjalnej .

Komisja Socjalna po rozpatrzeniu wniosku na posiedzeniu w dniu _____ r.

wskutek przeprowadzonego głosowania :

s t w i e r d z a , że oświadczenie o średnim miesięcznym dochodzie przypadającym na jednego członka rodziny: **

nie budzi wątpliwości	budzi wątpliwość
-----------------------	------------------

i o p i n i u j e wniosek :

1/ pozytywnie i proponuje przyznać dopłatę do leczenia w kwocie:

	złotych
--	---------

2/ negatywnie i proponuje odmówić przyznania dopłaty do leczenia

Wskazać twierdzenia budzące wątpliwości:

(w przypadku powzięcia wątpliwości dotyczących wiarygodności złożonego przez osobę uprawnioną oświadczenia)

Podpisy członków Komisji Socjalnej biorących udział w posiedzeniu:	1.	4.
	2.	5.
	3.	6.

III CZĘŚĆ

Decyzja Rektora w sprawie przyznania dofinansowania leczenia.

Przyznaję dopłatę do leczenia

	złotych
--	---------

Data

Podpis Rektora PWSZ w Koninie

Odmawiam przyznania dopłaty do leczenia

Data

Podpis Rektora PWSZ w Koninie

* uzupełnić zgodnie z przeznaczeniem

** właściwe zaznaczyć