|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Data złożenia wniosku | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Podpis pracownika  przyjmującego wniosek | | | | | | | | **REKTOR  PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ  W KONINIE** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(DOPŁATY DO RÓŻNYCH FORM DZIAŁALNOŚCI SPORTOWO-REKREACYJNEJ I KULTURALNO-OŚWIATOWEJ ORGANIZOWANEJ PRZEZ PRACODAWCĘ 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. Wnioskuję o przyznanie dopłaty do różnych form rekreacyjnego spędzania czasu 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. \* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Do wniosku dołączam następujące dokumenty, stanowiące podstawę ustalenia sytuacji rodzinnej, życiowej i materialnej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | oświadczenie do ustalenia wysokości indywidualnej dopłaty/innego świadczenia z ZFŚS; | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 różnych form działalności sportowo-rekreacyjnej i kulturalno-oświatowej organizowanej przez pracodawcę w kwocie: | | | | | | | | | | | | | |  | | | złotych | |
| 2/ negatywnie i proponuje odmówić przyznania dopłaty do różnych form działalności  sportowo-rekreacyjnej i kulturalno-oświatowej organizowanej przez pracodawcę. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 do różnych form działalności sportowo-rekreacyjnej  i kulturalno-oświatowej organizowanej przez pracodawcę. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przyznaję dopłatę do różnych form działalności sportowo-rekreacyjnej i kulturalno-oświatowej organizowanej przez pracodawcę w kwocie: | | | | | | | | | | |  | | | | | złotych | | |
|  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
|  | | | | Data | | | | |  | | Podpis Rektora PWSZ w Koninie | | | | | | | |
| Odmawiam przyznania dopłaty do różnych form działalności sportowo-rekreacyjnej i kulturalno-oświatowej organizowanej przez pracodawcę. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
|  | | | | Data | | | | |  | | Podpis Rektora PWSZ w Koninie | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| \* *uzupełnić zgodnie z przeznaczeniem* | | | | | | | | \*\* *właściwe zaznaczyć* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko pracownika/emeryta/rencisty | | | |  |  |
|  | **O ś w i a d c z e n i e R O K 2019** | | | | |
|  | - do ustalenia wysokości indywidualnej dopłaty | | | | |
|  | - do ustalenia wysokości innego świadczenia | | | | |
|  | z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych | | | | |
| O ś w i a d c z a m , że : | | | | | |
| **1.** **Ś r e d n i miesięczny dochód brutto**  przypadający na jednego członka mojej rodziny za ostatni miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił : | | | | | |
| **Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny za ostatni miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek ( oświadczenie )** | | | | | **Proszę zaznaczyć odpowiedni przedział** |
| do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę **włącznie**  **tj. do 2.250,00** | | | | |  |
| powyżej minimalnego wynagrodzenia za pracę i nie więcej niż 250% minimalnego wynagrodzenia za pracę **włącznie** **tj. 2.250.01– 5.625.00** | | | | |  |
| powyżej 250% minimalnego wynagrodzenia za pracę **powyżej tj. 5.625.01** | | | | |  |
| Przez **średni miesięczny dochód brutto**, rozumie się sumę dochodów brutto wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe osób w rodzinie, podzieloną przez liczbę tych osób, za ostatni miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym złożono wniosek ( oświadczenie ) w sprawie przyznania świadczeń z funduszu. | | | | | |
| **2.** Podany miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny został obliczony według zasad określonych w § 9 ust. 7 i 8 regulaminu ZFŚS w PWSZ w Koninie i obejmuje: ( proszę zaznaczyć odpowiednie kwadraty) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **a) dochód z tytułu zatrudnienia w j e d n y m miejscu pracy** | | | | |
|  | **b) dochód z tytułu zatrudnienia w k i l k u miejscach pracy** | | | | |
|  | **c) dochód z tytułu umów cywilnoprawnych** | | | | |
|  | **emerytury i renty**, zasiłki z ubezpieczenia społecznego, z wyjątkiem zasiłków rodzinnych oraz dodatków z tytułu zaliczenia do I grupy inwalidztwa i dodatku pielęgnacyjnego oraz świadczeń chorobowych; wszystkich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe | | | | |
|
|  | dochody z gospodarstwa rolnego, ustalone do wymiaru podatku rolnego | | | | |
|  | dochody z działalności gospodarczej, tj. dochód uwzględniony do zeznania podatkowego, nie niższy jednak niż zadeklarowana kwota dochodu, stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe; wszystkich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe | | | | |
|
|  | stypendia | | | | |
|  | zasiłki wychowawcze | | | | |
|  | alimenty | | | | |
|  | zasiłki dla bezrobotnych. | | | | |
| **3.** Dane członków mojej rodziny, w tym dzieci. | | | | | |
| Wszyscy wspólnie zamieszkujący i prowadzący wspólne gospodarstwo domowe członkowie mojej rodziny to następujące osoby : | | | | | |
| L.p. | Imię i nazwisko | | | Pokrewieństwo / powinowactwo ( współmałżonek, dziecko, inny ) | |
| 1. |  | | |  | |
| 2. |  | | |  | |
| 3. |  | | |  | |
| 4. |  | | |  | |
| 5. |  | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |
| Oświadczam ponadto, że zapoznałam / łem 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 oświadczeniu 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 | |