|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | |
| Data złożenia wniosku | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |
| Podpis pracownika przyjmującego wniosek | | | | | | | | REKTOR PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W KONINIE | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | (dopłata 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. Wnioskuję o przyznanie dopłaty do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego jako\*\*:**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | pracownik PWSZ w Koninie |  | emeryt PWSZ w Koninie |  | rencista PWSZ w Koninie |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| 1 ) | jestem zatrudniony w PWSZ w Koninie od ….…/….…./…………… r. \*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 ) | w okresie ostatnich dwóch lat składałem(am) wniosek o dopłatę do 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, potwierdzające zasadność przyznania świadczenia oraz stanowiące podstawę ustalenia sytuacji rodzinnej, życiowej i materialnej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | oświadczenie do ustalenia wysokości indywidualnej dopłaty/innego świadczenia z ZFŚS; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Faktura / rachunek\*\* za leczenie  sanatoryjne lub rehabilitacyjne; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego w kwocie: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | złotych |
| 2/ negatywnie i proponuje odmówić przyznania dopłaty dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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 dopłaty do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przyznaję dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | złotych |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | Data | | | | | | |  | | | Podpis Rektora PWSZ w Koninie | | | | | | | | |
| Odmawiam przyznania dopłaty do dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | |
|  |  | |  | | Data | | | | | | |  | | | Podpis Rektora PWSZ w Koninie | | | | | | | | |
| \* | *uzupełnić zgodnie z przeznaczeniem* | | | | | | | | | | | \*\* | | | *właściwe zaznaczyć* | | | | | | | | |