*Załącznik nr 2 do Regulaminu ZFŚS*

*Małopolskiego Zespołu Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu*

…............................................................................................

*(imię i nazwisko)*

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

*(adres zamieszkania)*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO Z ZFŚS**

Wnioskuję o przyznanie mi, zgodnie z Regulaminem ZFŚS, następującego świadczenia:

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

*(określić rodzaj świadczenia, np.: zapomoga zdrowotna, zapomoga świąteczna)*

1. Uzasadnienie *(należy wskazać okoliczności uzasadniające przyznanie pomocy)*:

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

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

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

1. Oświadczam, że moja sytuacja życiowa, rodzinna i materialna, przedstawiona w moim oświadczeniu złożonym za poprzedni rok: nie uległa zmianie/ uległa następującej zmianie (co dokumentuję załączonym nowym oświadczeniem o mojej sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej):\*

……………………………………………………………………………………………..…………

………………………………………………………………………………………….……………

……………………………………………………………………………………………….………

1. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Małopolski Zespół Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu o wszelkich zmianach mojej sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej.
2. W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku przedstawiam następujące załączniki:

*(dotyczy świadczeń wymagających udokumentowania)*

1. .....................................................................................................................
2. .....................................................................................................................
3. ......................................................................................................................

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

*(data i podpis wnioskodawcy)*

1. **Decyzja Pracodawcy w uzgodnieniu ze związkami zawodowymi**

Dnia ……….….…….. przyznano/ odmówiono świadczenia\* *(rodzaj)* …………………………..…………………………

w kwocie ……….……. zł (słownie: …………………………….………………………………………………………… zł).

……………..…...………………………..

*(podpis i pieczęć Pracodawcy)*

**\*)** niepotrzebne skreślić.