

- IMIĘ I NAZWISKO:
- NR EWIDENCYJNY SAP – wypełnia pracownik
- NAZWA ZAKŁADU PRACY – wypełnia pracownik.....
- TELEFON KONTAKTOWY:.....
- ADRES ZAMIESZKANIA:

[illegible]

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Zapomoga przyznawana jest na ściśle określony i udokumentowany cel.**Do wniosku dołączono (wyłącznie kopie dokumentów):** - wypełnia Wnioskodawca (zaznaczyć właściwe)

- ☐ faktury imienne potwierdzające zakup towaru lub usługi:.....zł (łącznie kwota) za okres.....
- ☐ aktualne¹ zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia z dnia:.....
- ☐ ważne orzeczenie o niepełnosprawności z dnia:.....
- ☐ wypis/y ze szpitala z dnia:.....
- ☐ zaświadczenie z Policji / Straży Pożarnej potwierdzające zaistniały wypadek losowy z dnia:.....
- ☐ orzeczenie sądowe / komornicze z dnia:.....
- ☐ inne zaświadczenia właściwych instytucji i urzędów wydane dnia potwierdzające okoliczności opisane we wniosku
- ☐ inne niewymienione powyżej (za wyjątkiem: wyników badań lekarskich, wystawionych recept i skierowań na badania lekarskie, aktu zgonu członka najbliższej rodziny):.....
-

CZĘŚĆ III – WYPEŁNIA PRACOWNIK KOMÓRKI SOCJALNEJ

Uwagi:.....

Wnioskodawca otrzymywał / nie otrzymywał² pomocy w postaci zapomogi:

Data otrzymania pomocy	Wysokość (zł)

Zgodnie ze złożonym Oświadczeniem Wnioskodawca znajduje się w progu dochodowym:

- ☐ do 45.000 zł ☐ powyżej 45.000 zł do 55.000 zł ☐ powyżej 55.000 zł do 65.000 zł
- ☐ powyżej 65.000 zł do 80.000 zł ☐ powyżej 80.000 zł

.....
podpis pracownika Komórki socjalnej**CZĘŚĆ IV – OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ – wypełnia Komisja Socjalna**

Komisja Socjalna proponuje:

- ☐ przyznać zapomogę (losowa / zwykła*) w kwocie zł
- ☐ nie przyznać zapomogi

1 - Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza – podstawa prawna: § 6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r.

2 - niepotrzebne skreślić