**Załącznik nr 4**

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

*(imię i nazwisko uprawnionego)* (*miejscowość, data)*

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

*(zajmowane stanowisko)*

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

*(adres)*

**Pani/Pan\***

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

**Dyrektor**

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

*(nazwa placówki)*

**Wniosek**

**o przyznanie pomocy materialnej z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych**

Proszę o przyznanie pomocy materialnej w formie…………………………\*\* z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, zgodnie z regulaminem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych placówki ……….……………………………………z tytułu

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

Jednocześnie uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.) za fałszywe zeznanie, oświadczam, iż miesięczna wysokość przychodu brutto przypadającego na jedną osobę wynosi…………..……zł (słownie: ……………………………..……….…zł).

***Proszę o uwzględnienie kwoty wolnej od podatku.***

……………………………………...

*(data i podpis wnioskodawcy)*

\*Niepotrzebne skreślić.

\*\* Wskazać odpowiednio: *rzeczowej, finansowej*

**Ustalenia Komisji Socjalnej**

Komisja Socjalna przyznaje/ nie przyznaje pomoc materialną ze środków ZFŚS w formie ………... …………………………………………………………………… w wysokości …………..……….. słownie………………………………………..…………………………………..……………………

Powyższą kwotę dofinansowania ustalono na podstawie tabeli stanowiącej załącznik nr 5 Regulaminu ZFŚS obowiązującego w (placówka) ………………………………………………….

Uzasadnienie odmowy przyznania dofinansowania ze środków ZFŚS ……………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(podać przyczynę odmowy, zgodnie z przepisami Regulaminu ZFŚS)*

…………………………………..

*(podpis przewodniczącego Komisji)*

**Uzgodniono:**

………………………………………..

*(podpisy przedstawicieli organizacji*

*Związkowych)*

**Decyzja pracodawcy o udzieleniu pomocy materialnej**

Przyznaję/ nie przyznaję pomocy materialnej w formie …………………………………

…………………………………..

*(podpis i pieczątka dyrektora placówki )*