# W N I O S E K

**o przyznanie świadczenia**

**z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych**

…………………………………………..

imię i nazwisko

…………………………………………..

adres zamieszkania

…………………………………………..

miejsce pracy, emeryt, rencista\*

**Zapomoga losowa**

Proszę o przyznanie pomocy rzeczowej/finansowej\*, z powodu:

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

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

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

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

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

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

Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentacji o wypadku losowym (oryginał do wglądu), w szczególności o leczeniu szpitalnym, stracie majątkowej (kradzieży, spaleniu mieszkania) itp.

Termin złożenia wniosku: 3 miesiące od zdarzenia

**Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrzony i zostanie zwrócony wnioskodawcy**.

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

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*niepotrzebne skreślić*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

Przyznano świadczenie rzeczowe/finansowe o wartości/w kwocie\*……………………………

(słownie zł: ……………………………………………………………………………………)

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

(data i podpis dyrektora)