

## W Z Ó R

\_\_\_\_\_  
miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko wnioskodawcy

\_\_\_\_\_  
data zwolnienia z UOP lub ABW

\_\_\_\_\_  
adres zamieszkania wnioskodawcy

\_\_\_\_\_  
numer telefonu kontaktowego

DYSPONENT FUNDUSZU:

DYREKTOR BIURA KADR/\*

DYREKTOR DELEGATURY ABW

w \_\_\_\_\_/\*

## W N I O S E K

**dla emerytów/rencistów, dla których UOP/ABW był/a ostatnim pracodawcą/\***

Proszę o przyznanie z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych świadczenia w formie/\*\*:

- 1) ☐ bezzwrotnej zapomogi pieniężnej w związku z trudną sytuacją życiową;
- 2) ☐ bezzwrotnej zapomogi losowej;
- 3) ☐ leczenia sanatoryjnego;
- 4) ☐ wczasów profilaktyczno-leczniczych;

### Uzasadnienie:

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

Moja rodzina składa się z \_\_\_\_\_ osób, w tym \_\_\_\_\_ dzieci ( \_\_\_\_\_  
data urodzenia dzieci

Średni miesięczny dochód netto z ostatnich trzech miesięcy na osobę w rodzinie wynosi \_\_\_\_\_ zł.

Ostatni raz korzystałem (-am) z pomocy z ZFSS w \_\_\_\_\_ roku. Z pożyczki na cele mieszkaniowe korzystałem (-am)  
w roku \_\_\_\_\_, którą spłaciłem (-am) w dniu \_\_\_\_\_.

\*/ niepotrzebne skreślić

\*\*/ przy właściwym postawić znak X

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku oraz w załącznikach do wniosku dla potrzeb postępowania w sprawie przyznania świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

\_\_\_\_\_  
(podpis wnioskodawcy)

Po zapoznaniu się z wnioskiem Pana/Pani .....

**Komisja Socjalna postanowiła zaopiniować pozytywnie\*/negatywnie\* przyznanie świadczenia:**

**w wysokości:.....**

**Podpisy członków Komisji Socjalnej:**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

**\*/ niepotrzebne skreślić**