Załącznika nr 6b do Regulaminu ZFŚS

................................................................. Karczew …………………………

imię i nazwisko

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

adres zamieszkania

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

nazwa zakładu pracy

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

numer konta bankowego Dyrektor SP nr 1

w Karczewie Administrator ZFŚS

### W N I O S E K

#### o przyznanie zapomogi zdrowotnej

Wnoszę o przyznanie mi zapomogi zdrowotnej ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

1. Uzasadnienie wniosku (zapomoga zdrowotna wymaga udokumentowania).

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

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

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

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

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

1. Udokumentowanie choroby i kosztów leczenia.

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

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

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

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

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

Wiarygodność powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem, równocześnie oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Regulaminu ZFŚS.

…….……………………………………………… ( podpis wnioskodawcy)

1. Propozycja Komisji Socjalnej Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

Komisja proponuje przyznać / nie przyznać / zapomogę zdrowotną w wysokości

…………………………………… zł. słownie

……………………………………………………………………………………………………………………………….. zł.

Podpisy członków Komisji

……………………………………………………….

…………………………………………………….....

……………………………………………………….

……………………………………………………….

……………………………………………………….

……………………………………………………….

…………………………………………………….....

1. Akceptacja Dyrektora

Po zasięgnięciu opinii Komisji Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zawartej w protokole Nr ……….z dnia przyznaję / nie przyznaję / zapomogę zdrowotną w wysokości ………………….……… zł, słownie

…………………………………………………………………………………………………………………………………… zł.

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

(podpis Dyrektora )