Szczecin, dn. ………………….

**WNIOSEK**

o dofinansowanie do pobytu w Ośrodkach Wczasowych PUM

**DANE I OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

...........................................................................  pracownik

*nazwisko i imię uprawnionego*

..….....................................................................  emeryt / rencista

*jednostka organizacyjna pracownika PUM*

**Oświadczam, że**:

1. Przebywałem(łam) w Ośrodku Wczasowym PUM w ……………………………., w terminie……………………………… .Odpłatność za pobyt wynosi……………………...

2) liczba członków mojej rodziny wraz ze mną wynosi: .............. osób,

1. średni dochód brutto na członka mojej rodziny, wyliczany zgodnie z Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych PUM mieści się **w następującej grupie dochodowej**określonej w tabeli stanowiącej załącznik nr 1 do Regulaminu, tj.:

I  II  III

4) średni miesięczny dochód brutto liczony na jednego członka mojej rodziny uzyskany w okresie od 1.01.20…….r. do 31.12.20.........r. wyniósł: ……………………… *(Punkt 4 oraz poniższą tabelkę wypełniają osoby, które zaznaczyły przedział dochodowy I bądź II).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | imię i nazwisko ***uprawnionego***  pracownika*/*emeryta/rencisty  *oraz* członka jego rodziny | stopień pokrewieństwa członka rodziny ***uprawnionego*** | | średni miesięczny dochód brutto uprawnionego oraz członków jego rodziny z ostatniego roku kalendarzowego poprzedzającego złożenie wniosku |
| 1 |  | ***uprawniony*** | |  |
| 2 |  |  | |  |
| 3 |  |  | |  |
| 4 |  |  | |  |
| 5 |  |  | |  |
| 6 |  |  | |  |
| **ŁĄCZNIE:** | |

Przyznane dofinansowanie:

proszę przelać na moje konto bankowe nr: …………………………………………………...

proszę wysłać przekazem pocztowym na adres: ……………………………………………. (świadczenie zostanie pomniejszone o koszty przekazu pocztowego)

odbiorę w kasie banku w oddziale Santander Bank Polski S.A. (należy podać dodatkowo):

1. PESEL lub numer dokumentu tożsamości:……………………………………………….
2. adres zgodny z danymi adresowymi z dokumentu tożsamości, a w przypadku braku jego wskazania w dokumencie tożsamości aktualny adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………….

**Ponadto oświadczam, że:**

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za złożenie fałszywego oświadczenia, za podanie nieprawdziwych danych. Oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe, kompletne i zgodne z obecnym stanem faktycznym.
2. Jestem świadomy, że zasady przetwarzania moich danych osobowych uregulowane zostały w Polityce Prywatności Pracowników i Współpracowników, dostępnej w Dziale Spraw Socjalnych Pracowników oraz na stronie www.pum.edu.pl/rodo.
3. Zapoznałem/łam się z niniejszym Regulaminem świadczeń z ZFŚS Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

……………………………………………………

*podpis uprawnionego wnioskodawcy*

**ADNOTACJA DZIAŁU SPRAW SOCJALNYCH PRACOWNIKÓW PUM**

Kwota dofinansowania pobytu w Ośrodkach Wczasowych PUM, wynosi …………… zł

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

Szczecin, dn. ……………… ……………………………………

podpis pracownika działu DSSP

**DECYZJA W SPRAWIE PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA**

Zatwierdzam dopłatę w wysokości ...............................zł brutto

Nie przyznaję dopłaty, z uwagi: .......................................................................................................................................

Szczecin, dn. .............................. ............................................................

*podpis Kanclerza lub Z-cy Kanclerza*

**POLECENIE WYPŁATY DLA:**

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

*nazwisko i imię uprawnionego wnioskodawcy*

Wypłata dotyczy konta zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, dokonywana jest z tytułu: *dofinansowania pobytu w Ośrodkach Wczasowych PUM* i po potrąceniu podatku od osób fizycznych wynosi: .......................... zł

(słownie:................................................................................................................................zł).

Szczecin, dn. ..................... .............................................................................

*podpis Kwestor lub innej osoby upoważnionej*