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

**WNIOSEK**

o dofinansowanie **do żłobków i przedszkoli oraz innych form opieki dziennej**

**DANE I OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

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

*nazwisko i imię uprawnionego*

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

*jednostka organizacyjna pracownika PUM*

Wnoszę o dofinansowanie pobytu mojego dziecka/dzieci*\** w żłobku/przedszkolu,*\**   
korzystania z opieki dziennej*\** lub sprawowanej przez nianię*\**, o którym mowa w § 18 Regulaminu, w okresie od ………….………r. do 31.08.20..… r., na dowód czego załączam do wniosku stosowne zaświadczenie i zobowiązuje się do comiesięcznego przedkładania zaświadczenia potwierdzającego ilość dni pobytu mojego dziecka/ dzieci w placówce w celu otrzymania dofinansowania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię ***uprawnionego***  dziecka/ci ***uprawnionego pracownika*** | Data urodzenia  dziecka/ci  ***uprawnionego pracownika*** | rodzaj*\** i miejsce sprawowanej opieki,  nazwa i adres placówki/opiekunki |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

*\* zaznacz odpowiednie, tj.: należy zaznaczyć rodzaj sprawowanej opieki opcję w zależności od rodzaju świadczenia, o które ubiega się uprawniony pracownik*

1. liczba członków mojej rodziny wraz ze mną wynosi: .......... osób,
2. średni dochód na członka mojej rodziny, wyliczany zgodnie z regulaminem gospodarowania środkami zakładowego funduszu świadczeń socjalnych PUM mieści się w grupie dochodowej określonej w Tabeli stanowiącej załącznik nr 1 do Regulaminu i nie przekraczają maksymalnej kwoty określonej w **Planie Rocznym** tj.: nie przekraczają kwoty……………………………zł.

3) średni miesięczny dochód brutto liczony na jednego członka mojej rodziny uzyskany w okresie

od 1.01.20….. r. do 31.12.20…. r. wyniósł: …………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | imię i nazwisko ***uprawnionego***  *oraz* członka jego rodziny | stopień pokrewieństwa członka rodziny ***uprawnionego,*** zgodnie  z§ 10 regulaminu | | średni miesięczny dochód brutto z ostatniego roku kalendarzowego poprzedzającego złożenie wniosku uprawnionego *oraz* członków jego rodziny |
| 1 |  | ***uprawniony*** | |  |
| 2 |  |  | |  |
| 3 |  |  | |  |
| 4 |  |  | |  |
| 5 |  |  | |  |
| 6 |  |  | |  |
| **ŁĄCZNIE:** | |

**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.

……………………………………………

*data i podpis uprawnionego wnioskodawcy*

**ADNOTACJA DZIAŁU SPRAW SOCJALNYCH PRACOWNIKÓW PUM**

Wysokość dochodu brutto uprawnionego przekracza/nie przekracza maksymalnej kwoty uprawniającej do przyznania dofinansowania do różnych form opieki dziennej.

Szczecin, dn. ……………… ……………………………………

podpis pracownika działu DSSP

**DECYZJA W SPRAWIE PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA**

Zatwierdzam dofinansowanie do różnych form opieki dziennej.

Nie przyznaję dofinansowania, z uwagi: .......................................................................................................................................

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

*podpis Kanclerza lub Z-cy Kanclerza*