Załącznik nr 3 –d. do Regulaminu ZFŚS

WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO

Imię i nazwisko.....

Miejsce zamieszkania.....

Proszę o udzielenie pomocy finansowej dla mnie oraz dla następujących członków mojej rodziny (dzieci od 1 - 15 roku życia kalendarzowego)

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	wiek	Uwagi

Oświadczenie o dochodach na jednego członka rodziny dostarczam: Tak

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

Decyzja o przyznaniu świadczenia

Przyznano /nie przyznano dofinansowanie w kwocie .....zł.

(słownie zł: .....).

Elbląg …..... Podpis dyrektora