|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |
|  Data złożenia wniosku |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|  Podpis pracownika przyjmującego wniosek | REKTOR AKADEMII NAUK STOSOWANYCH W KONINIE |
|  Wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu |
|  |  |  | (dopłata do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego w ……………………….r. \*) |
| I CZĘŚĆ |
| 1. Dane identyfikacyjne osoby ubiegającej się o świadczenie: |
| imię i nazwisko:  |   |
| stanowisko: |   |
| adres miejsca zamieszkania:  |   |
| adres do korespondencji:  |   |
| kontakt telefoniczny - nr tel.:  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Wnioskuję o przyznanie dopłaty do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego jako\*\*:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| pracownik ANS w Koninie |   | emeryt ANS w Koninie |   | rencista ANS w Koninie |   |

  |
| Oświadczam, że: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 ) | jestem zatrudniony w ANS w Koninie od ….…/….…./…………… r. \*\* |
| 2 ) | w okresie ostatnich dwóch lat składałem(am) wniosek o dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego. |  tak / nie \*\* |
| 3) | w okresie ostatnich dwóch lat przyznano mi dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego. |  tak / nie \*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Do wniosku dołączam następujące dokumenty, potwierdzające zasadność przyznania świadczenia oraz stanowiące podstawę ustalenia sytuacji rodzinnej, życiowej i materialnej. |
| 1. | oświadczenie do ustalenia wysokości indywidualnej dopłaty/innego świadczenia z ZFŚS; |
| 2. | Faktura / rachunek\*\* za leczenie  sanatoryjne lub rehabilitacyjne; |
| 3. |   |
| Ponadto oświadczam, że: |
| Zapoznałam(em) się z regulaminem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych obowiązującym w ANS w Koninie. |
| Wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. |
| Prawidłowość danych zawartych w niniejszym wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem w przekonaniu, że podanie nieprawdziwych danych spowoduje skutki prawne przewidziane w art. 82 - 88 Kodeksu cywilnego - w zakresie wad oświadczenia woli. |
|  |  |  |  |   |  |   |
|  |  |  |  | Data  |  | Podpis wnioskodawcy |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II CZĘŚĆ |
| Opinia Komisji Socjalnej. |
| Komisja Socjalna po rozpatrzeniu wniosku na posiedzeniu w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.  |
| wskutek przeprowadzonego głosowania: |
| s t w i e r d z a , że oświadczenie o średnim miesięcznym dochodzie przypadającym na jednego członka rodziny: \*\* |
|  |  | nie budzi wątpliwości | budzi wątpliwość |
| i o p i n i u j e wniosek: |
| 1/ pozytywnie i proponuje przyznać dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego w kwocie: |   | złotych |
| 2/ negatywnie i proponuje odmówić przyznania dopłaty dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego: |   |
| Wskazać twierdzenia budzące wątpliwości: (w przypadku powzięcia wątpliwości dotyczących wiarygodności złożonego przez osobę uprawnioną oświadczenia)  |   |   |
|   |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podpisy członków Komisji Socjalnej biorących udział w posiedzeniu:  | 1.  | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |
| III CZĘŚĆ |
| Decyzja Rektora w sprawie przyznania dopłaty do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego. |
| Przyznaję dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego: |   | złotych |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Data  |  |  Podpis Rektora ANS w Koninie  |
| Odmawiam przyznania dopłaty do dopłatę do leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego:  |
|  |  |  |  |   |  |  |   |
|  |  |  | Data  |  |  Podpis Rektora ANS w Koninie  |
| \* | *uzupełnić zgodnie z przeznaczeniem* | \*\* | *właściwe zaznaczyć* |