

nazwisko i imię			
adres zamieszkania			
placówka		telefon	

Uzasadnienie:

Proszę o wypłatę świadczenia proszę zaznaczyć ☒ właściwy wybór

- ☐ w kasie DBFO-Mokotów m.st. Warszawy
☐ na rachunek bankowy:

[illegible]

Oświadczam, że:

Liczba osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe* (łącznie z wnioskodawcą) wynosi:

Średni miesięczny dochód netto** przypadający na jedną osobę prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe wynosi _____ zł netto (tj. łączna kwota dochodów podzielona przez liczbę osób).

*Członkami rodziny pozostającymi we wspólnym gospodarstwie domowym są: wnioskodawca, współmałżonek, inne osoby wspólnie prowadzące gospodarstwo domowe, pozostające na utrzymaniu dzieci własne, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w wieku do lat 18, a jeżeli kształcą się w szkole średniej lub wyższej i nie osiągają dochodów do czasu ukończenia nauki, nie dłużej niż do ukończenia 25 lat oraz bez względu na wiek, jeżeli mają orzeczoną niepełnosprawność uniemożliwiającą podjęcie pracy.

***Przez dochód netto rozumie się łącznie wszystkie uzyskane przychody opodatkowane i zwolnione z opodatkowania ze wszystkich źródeł, np. ze stosunku pracy, umów zlecenia, umów o dzieło, umów najmu, umów dzierżawy, umów darowizny, emerytur, rent, zasiłków, stypendiów oraz otrzymanych alimentów tych członków rodziny, którzy pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym **pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i podatek dochodowy od osób fizycznych.** Do dochodu nie wlicza się świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz z programu 500 +.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem prowadzenia wspólnej działalności socjalnej, a prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnorecznym podpisem.

→Warszawa, dnia / /

czytelny podpis wnioskodawcy

POMOC UDZIELONA W PLACÓWCE

W roku _____ przyznano zapomogę losową
nieopodatkowaną w kwocie _____ zł

pieczętka placówki, pieczętka i podpis pracodawcy /
osoby upoważnionej

OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ

Komisja Socjalna proponuje

- ☐ przyznać świadczenie w kwocie _____ zł
- ☐ odmówić przyznania świadczenia

podpis przewodniczącego Komisji

DECYZJA nr _____ z dnia _____ REPREZENTANTA PRACODAWCÓW

w sprawie przyznania bezzwrotnej pomocy materialnej

Uwzględniając opinię Komisji oraz w uzgodnieniu z zakładowymi organizacjami związkowymi (zgodnie z protokołem)

☐ **przyznaję** ☐ **nie przyznaję** Pani/Panu _____

bezzwrotną pomoc materialną w kwocie _____ zł

Uzasadnienie: _____

Do wglądu przedłożono kserokopie:

- ☐ potwierdzenia dochodów,
- ☐ dokumentacji medycznej,
- ☐ dokumentacji potwierdzającej zdarzenie losowe,
- ☐ rachunków / faktur,
- ☐ akt zgonu,
- ☐ inne: _____

pieczęć i podpis Reprezentanta Pracodawców

pieczęć i podpis przedstawiciela związków zawodowych

pieczęć i podpis przedstawiciela związków zawodowych