***Załącznik Nr 1*** *do Regulaminu w sprawie zasad korzystania ze świadczeń z funduszu socjalnego*

*emerytów i rencistów Państwowej Straży Pożarnej z terenu województwa wielkopolskiego*

............................................................................................. ................................................................, data .................................

 (imię i nazwisko lub nazwa organizacji)

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

 (adres)

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

 (nr emerytury lub renty)

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

 (nr PESEL)

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

 (nr telefonu)

**Wielkopolski Komendant Wojewódzki**

**Państwowej Straży Pożarnej**

**w P o z n a n i u**

Wniosek o przyznanie świadczenia socjalnego

**1. Proszę o udzielenie świadczenia socjalnego: \***

1. zapomogi pieniężnej;
2. dopłaty do kosztów leczenia oraz zwrotu części kosztów opieki paliatywno-hospicyjnej;
3. dopłaty do kosztów zakwaterowania, wyżywienia i leczenia w sanatoriach lub uzdrowiskach;
4. dopłaty do kosztów pogrzebu uprawnionego, niezależnie od przysługującego z tego tytułu zasiłku pogrzebowego;
5. dopłaty do kosztów wypoczynku indywidualnego i zbiorowego, a także do innych form rekreacji;
6. dopłaty do zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży w postaci obozów i kolonii oraz innych form działalności socjalnej;
7. dopłaty do korzystania z różnych form działalności kulturalno-oświatowej.

Uzasadnienie złożonego wniosku: …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* *właściwe podkreślić*

**2. Ilość osób na utrzymaniu wnioskodawcy :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Wiek | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam również, że podane wyżej dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w zakresie niezbędnym do przyznania pomocy socjalnej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t. Dz.U. z 2014 r. poz. 1182 z późn.zm.). Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

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

(podpis)

**Załączniki :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Opinia Komisji Socjalnej, co do sposobu załatwienia wniosku :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..……

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

……………………………… , dnia …………………....………

 ( podpisy członków komisji )

**Decyzja kierownika jednostki organizacyjnej**

Przyznaję świadczenie socjalne w wysokości ........................................................... zł.

(słownie złotych: ..................................................................................................................................)/\*\*

Nie przyznaję świadczenia socjalnego/\*\*

....................................................., dnia .......................................... ............................................................................

 (podpis i pieczątka dysponenta)

/\*\* *niepotrzebne skreślić*