

.....
nazwisko i imię, PESEL, nr telefonu do kontaktu wnioskodawcy

.....
data wpływu

Pracownik

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA OPŁAT Z TYTUŁU USŁUG I ŚWIADCZEŃ SŁUŻĄCYCH
WZMACNIANIU POTENCJAŁU ZDROWOTNEGO I KULTUROWEGO:****

- kosztów rehabilitacji (w tym pojedynczych zabiegów), pobytów w sanatorium lub na turnusie rehabilitacyjnym
- biletów z tytułu udziału w wydarzeniach kulturalno-oświatowych
- opłat z tytułu korzystania z usług sportowych lub rekreacyjnych

w okresie od do

Liczba osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe wynosi

Nazwa usługi/świadczenia	Nazwa i miejsce placówki świadczącej usługę	Cena jednostkowa	Liczba biletów/usług	Wartość usługi /świadczenia

I. Oświadczenia wnioskodawcy:

1. Oświadczam, że znane mi są warunki przyznania przedmiotowego świadczenia, w tym, że nieudokumentowanie osiągniętego przychodu skutkuje przyznaniem najniższego dofinansowania w danym roku kalendarzowym lub brakiem dofinansowania.
2. Oświadczam, że: **otrzymuję/nie otrzymuję*** zgodnie z ustalonym wyrokiem lub ugodą sądową alimenty/ów w wysokości: zł miesięcznie, **płacę/nie płacę*** alimenty/ów zgodnie z wyrokiem lub ugodą sądową w wysokości: zł miesięcznie.
3. **Przedkładam/nie przedkładam*** do wglądu deklaracje/i podatkowe/y za rok ubiegły.
4. Oświadczam, że średni miesięczny przychód, z uwzględnieniem rocznej wartości świadczenia Rodzina+ przysługującego na każde uprawnione dziecko (do ukończenia 18. roku życia), przypadający na 1 osobę prowadzącą ze mną wspólne gospodarstwo domowe osiągnięty w roku kalendarzowym poprzedzającym wystąpienie o przyznanie świadczenia wynosi (w tys. zł):**

do 2 do 3 do 4 do 6 powyżej 6

5. Oświadczam, iż **pozostaję/nie pozostaję*** w związku małżeńskim/partnerskim.
6. Oświadczam, iż **sprawuję/nie sprawuję*** prawną/ej opiekę/i nad osobą dorosłą, **niezdolną do samodzielnej egzystencji**, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 4 Regulaminu.
7. **Przedkładam** dokument /y (fakturę, rachunek, bilety, przelew bankowy) potwierdzające poniesienie kosztów związanych z korzystaniem z usług /świadczeń służących wzmocnieniu potencjału zdrowotnego i kulturowego.
8. Oświadczam, świadomy odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, że wyżej podane informacje są zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

.....
data i podpis wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

** zaznacz znakiem X odpowiedni kwadrat

II. Informacje pracownika odpowiedzialnego za obsługę spraw socjalnych:

1. Weryfikacja wysokości przychodu przypadającego na 1 osobę prowadzącą z uprawnionym wspólnie gospodarstwo domowe

Na podstawie przedłożonych dokumentów: **

- Zaświadczenia/ń z Urzędu Skarbowego
- Deklaracji podatkowej/yh
- Decyzji o przyznaniu zasiłku, w tym pielęgnacyjnego
- Orzeczenia o niepełnosprawności lub niezdolności do samodzielnej egzystencji
- Zaświadczenia/ń o kontynuowaniu nauki
- Wyroku sądowego/ugody sądowej
- Innych

oraz po doliczeniu:

- w przypadku posiadania dzieci – rocznej wartości świadczenia Rodzina+ przysługującego na każde uprawnione dziecko (do ukończenia 18. roku życia), tj. zł

Miesięczny przychód na osobę wynosi (w tys. zł):**

- do 2 do 3 do 4 do 6 powyżej 6

2. Wykaz przedłożonych dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów:

- 1)
- 2)
- 3)

3. Wysokość przyznanego dofinansowania z ZFŚS na wzmocnienie potencjału zdrowotnego i kulturowego:

Obowiązujący w danym roku limit dofinansowania z Funduszu dla przychodu w przedziale tys. zł -
Dotychczasowe wykorzystanie przez wnioskodawcę przysługującego dofinansowania -
Pozostało -

Ustalenie wysokości dofinansowania wnioskowanych opłat:

Wnioskowano o przyznanie: zł
Przyznano dofinansowanie w wysokości: zł

Katowice, dn.

.....
podpis pracownika ds. socjalnych

** zaznacz znakiem X odpowiedni kwadrat