

WNIOSEK nr \_\_\_\_/\_\_\_\_  
o udzielenie pomocy finansowej na podstawie Regulaminu ZFRON

CZĘŚĆ I: WYPEŁNIA WNIOSKDAWCA:	
Określenie Spółki Finansującej:	
Imię i nazwisko wnioskodawcy:	
Data i miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Tel. Kontaktowy:	
Adres wnioskodawcy:	
Dane dotyczące zatrudnienia:	
czas obowiązywania umowy:	
Stanowisko:	
Miejsce świadczenia:	
Informacje o wnioskodawcy:	
Stopień niepełnosprawności:	Znaczny / umiarkowany / lekki *
Orzeczenie ZUS, MOPS:	Trwałe / czasowe (do kiedy) * _____
<b>Wnoszę o udzielenie pomocy finansowej w kwocie: _____, tytułem:**</b>	
a. Świadczenia bezzwrotnego*	
b. Pożyczki zwrotnej*	
c. Inny tytuł (jaki?): _____	
UZASADNIENIE:	
<i>(należy wyszczególnić na co, podać przedmiot usług lub innych świadczeń oraz ich koszty)</i>	

\* niepotrzebne skreślić

\*\*\* zaznaczyć lub uzupełnić odpowiednie

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM WNIOSKODAWCY:					
Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają niżej wymienione osoby i osiągają dochody:					
Lp.	Nazwisko i imię	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Źródło utrzymania	Dochód miesięczny w zł (wymienić wszystkie źródła dochodu ***)
1.			wnioskodawca		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
Łączny dochód miesięczny gospodarstwa domowego:					
Przeciętny dochód na członka rodziny:				<b>netto</b>	
Klauzula przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy:					
Ja, niżej podpisany/na* udzielam wyraźnej i dobrowolnej zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, również tych, o charakterze wrażliwym, w celu skutecznego złożenia niniejszego wniosku i rozpatrzenia go przez właściwe, upoważnione przez podmiot finansujący osoby. Jednocześnie posiadam świadomość, że niepodanie danych, których wymaga podmiot finansujący, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez możliwości rozpatrzenia. Ustanawiam niniejszym granice przetwarzania danych do przetwarzania w zakresie niezbędnym dla udzielenia mi wnioskowanej pomocy.					

\*\*\* \*\*\*) należy podać wszystkie źródła dochodu netto, np.: renta, emerytura, alimenty, stałe zasiłki z pomocy społecznej, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, itd., dołączyć: odcinek renty, alimentów itd.

**Załącznik nr 1 do Regulaminu wykorzystania środków Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Data:		Podpis wnioskodawcy:	
<b>Klauzula prawdziwości danych:</b>			
Ja, niżej podpisany/na* oświadczam, że:			
a. Przedstawione we wniosku dane są prawdziwe, oraz			
b. jestem świadomy/ma* odpowiedzialności, w tym odpowiedzialności karnej za przedłożenie fałszywych danych i manipulowanie dokumentacją, celem osiągnięcia korzyści, wynikających z możliwości przyznania pomocy ze środków Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.			
Data:		Podpis wnioskodawcy:	
<b>CZĘŚĆ II: OPINIA PRZEŁOŻONEGO DOTYCZĄCA WNIOSKU:</b>			
Ja, niżej podpisany/na* opiniuję pozytywnie / negatywnie* wniosek złożony przez _____, co uzasadniam w następujący sposób:			
Nr telefonu do przełożonego:			
<b>CZĘŚĆ III: OPINIA LEKARZA:</b>			
<i>(Uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy finansowej ze względu na stan zdrowia wnioskodawcy, z uwzględnieniem przyjmowanych leków, i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)</i>			
data, pieczęć i podpis lekarza:			

**Załącznik nr 1 do Regulaminu wykorzystania środków Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych**

<b>CZĘŚĆ IV. OPINIA KOMISJI REHABILITACYJNO – SOCJALNEJ:</b>	
Mając na uwadze stan zdrowia, stopień niepełnosprawności oraz sytuację materialną wnioskującego, będącego pod stałą opieką lekarską, Komisja postanawia pozytywnie/negatywnie* rozpatrzyć wniosek o dofinansowanie .....w kwocie ..... zł.	
Data:	
<b>Podpisy członków Komisji:</b>	
Przewodniczący:	
Pielęgniarz/ Lekarz:	
Doradca Zawodowy	
Przedstawiciel Pracowników:	