**Nr 1**

 ………..………………………

 miejscowość, data

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

Nazwisko i Imię

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

 Oddz./ nr komputera/ nr znaczka

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

nr telefonu

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

 Adres zamieszkania

**W N I OS E K**

**o przyznanie świadczenia z ZFŚS**

**dofinansowanie do wypoczynku dzieci**

 Ja niżej podpisany wnioskuję o przyznanie dofinansowania do wyjazdu na wypoczynek dziecka/dzieci na: zimowisko, wczasy, kolonie, obóz, turnus rehabilitacyjny, zielona szkoła\*

do miejscowości ………………………… w ośrodku …………………………………………….

w terminie od .................................................. do ....................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Data urodzenia** | **Stopień pokrewieństwa** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

1.Oświadczam, że dochód brutto przekracza **1001,00 zł** na 1 osobę w rodzinie

2. Dofinansowanie z ZFŚS przekazać na konto: ……………………………………………………

 nazwa i numer właściciela konta

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

**3. Jednocześnie oświadczam, że nie będę ubiegał/a/ się w bieżącym roku o refundację do tzw.
 „wczasów pod gruszą”.**

4. Oświadczam, że w/w dzieci są dziećmi: własnymi/przysposobionymi\*

5. Oświadczam, że zobowiązuję się poinformować zakład pracy, jeżeli obóz lub kolonia itp. nie doszły do
 skutku, w terminie 30 dni od daty zakończenia planowanego wypoczynku.

6 .Zapoznałem się z warunkami Regulaminu ZFŚS Oddz. KWK Piast-Ziemowit w szczególności
 dotyczącego dofinansowania do wypoczynku zorganizowanego .

**Prawidłowość powyższego potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności regulaminowej i karnej.**

***\**** *„Obowiązek informacyjny wynikający z Artykułu 13 ust. 1 i 2 RODO (UE) spełniono na stronie
 internetowej PGG w zakładce* ***RODO/świadczeniobiorcy.***

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

 podpis pracownika

**\***  dotyczy emerytów i rencistów Polskiej Grupy Górniczej S.A. Oddział KWK Piast-Ziemowit, oraz członków rodzin po zmarłych emerytach i rencistach Polskiej Grupy Górniczej S.A. Oddział KWK Piast-Ziemowit, a także członków rodzin po tragicznie zmarłych
w pracy pracownikach kopalni.

**Pracownik wypełnia w przypadku jeżeli dochód nie przekracza 1001,00 zł brutto na osobę
w rodzinie.**

Ilość osób na utrzymaniu .................................

Potwierdzenie o dochodach:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię | Dochód z roku ubiegłego pomniejszony o składkę na ubezpieczenie społeczne (kopia PIT) |
|  |  |
|  |  |

Dochód na 1-go członka rodziny: ............................... ,

 ………………..……………………

 podpis i pieczęć Działu

 Spraw Pracowniczych i Socjalnych

### II. Wyliczenie dofinansowania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Koszt skierowania** | **Kwota dofinansowania** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

 **Razem:**

…………………………………… …………………………………

 podpis i pieczęć Działu sprawdził

 Spraw Pracowniczych i Socjalnych



**Nr 2**

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

 miejscowość, data

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

 Nazwisko i imię

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

 Oddz./ nr komputera/ nr znaczka

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

nr telefonu

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

 Adres zamieszkania

**W N I O S E K**

**o przyznanie dofinansowania z ZFŚS do wczasów**

 Ja niżej podpisany zwracam się o przyznanie dofinansowania do wczasów zorganizowanych do miejscowości ………………………… w ośrodku ……………………………………………………….

w terminie od .................................................. do .................................................... dla n/w osób:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Data urodzenia** | **Stopień pokrewieństwa** |
| 1 |  |  | wnioskodawca |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

Oświadczam, że dochód brutto przekracza **1001,00 zł** na 1 osobę w rodzinie

2. Dofinansowanie z ZFŚS przekazać na konto: ……………………………………………………………

 nazwa i numer właściciela konta

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

3. Zapoznałem się z warunkami Regulaminu ZFŚS Oddz. KWK Piast-Ziemowit w szczególności
 dotyczącego dofinansowania do wypoczynku zorganizowanego .

4. W przypadku nie wykorzystania urlopu lub wolnego płatnego podczas pobytu na wczasach nie zostanie
 przyznane dofinansowanie z ZFŚS.

**Prawidłowość powyższego potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności regulaminowej i karnej.**

*\***„Obowiązek informacyjny wynikający z Artykułu 13 ust. 1 i 2 RODO (UE) spełniono na stronie
 internetowej PGG w zakładce* ***RODO/świadczeniobiorcy.***

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

 podpis pracownika

**\***  dotyczy emerytów i rencistów Polskiej Grupy Górniczej S.A. Oddział KWK Piast-Ziemowit, oraz członków rodzin po zmarłych emerytach i rencistach Polskiej Grupy Górniczej S.A. Oddział KWK Piast-Ziemowit, a także członków rodzin po tragicznie zmarłych
w pracy pracownikach kopalni.

**Pracownik wypełnia w przypadku jeżeli dochód nie przekracza 1001,00 zł brutto na osobę
w rodzinie.**

Ilość osób na utrzymaniu .................................

Potwierdzenie o dochodach:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię | Dochód z roku ubiegłego pomniejszony o składkę na ubezpieczenie społeczne(kopia PIT) |
|  |  |
|  |  |

Dochód na 1-go członka rodziny: ............................... ,

Potwierdzenie wykorzystania urlopu wypoczynkowego, dodatkowego, zdrowotnego, ojcowskiego lub wolne płatne w zamian za przepracowane soboty, niedziele, święta i nadgodziny w terminie:

od............................ do ..................................

 ……………………………………

 podpis i pieczęć Działu

 Spraw Pracowniczych i Socjalnych

### II Wyliczenie dofinansowania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Koszt skierowania** | **Kwota dofinansowania** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

 **Razem:**

…………………………………… ……………………………………

 podpis i pieczęć Działu sprawdził

 Spraw Pracowniczych i Socjalnych

**Nr 3**

 ……………….......................

 miejscowość, data

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

 Nazwisko i imię

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

 Oddz./ nr komputera/ nr znaczka

………………………...........................

 nr telefonu

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

Adres zamieszkania

**W N I OS E K**

**o przyznanie świadczenia z ZFŚS**

**dofinansowanie do „wczasów pod gruszą”**

 Ja niżej podpisany oświadczam, że korzystałem/am z **„wczasów pod gruszą”**
w terminie od ............................. do .................................. .

Oświadczam, że w roku bieżącym nie otrzymałem/łam dofinansowania z ZFŚS do kolonii, kolonii zdrowotno-rehabilitacyjnych, obozów, zimowisk, „zielonej szkoły” i wczasów rodzinnych.

Oświadczam, że dochód brutto przekracza **1001,00 zł** na 1 osobę w rodzinie .

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

 podpis pracownika

Zaświadcza się, że Wnioskodawca korzystał z **5 dniowego** urlopu wypoczynkowego, dodatkowego, zdrowotnego, ojcowskiego lub wolnego płatnego udzielonego przez pracodawcę w zamian za przepracowane soboty, niedziele, święta i nadgodziny

 w terminie od ................................ do ……................... 2019 r.

………………………………………

 podpis i pieczęć Działu

 Spraw Pracowniczych i Socjalnych

**Pracownik wypełnia w przypadku jeżeli dochód nie przekracza 1001,00 zł brutto na osobę
w rodzinie.**

Potwierdzenie o dochodach:

Ilość osób na utrzymaniu .................................

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię | Dochód z roku ubiegłego pomniejszony o składkę na ubezpieczenie społeczne(kopia PIT) |
|  |  |
|  |  |

Dochód na 1-go członka rodziny: ............................... ,

Dofinansowanie z ZFŚS do **„wczasów pod gruszą”** w wysokości ........................... .

 ……………………………

 podpis i pieczęć Działu

 Spraw Pracowniczych i Socjalnych

** Nr 4**

………………………………

 Miejscowość, data

……………………………….. …………………………….

 Nazwisko i imię oddział, komputer

**W N I O S E K**

o przyznanie dofinansowania do imprez turystycznych, sportowo-rekreacyjnych
i kulturalno-oświatowych

organizowanych przez Dział Spraw Pracowniczych i Socjalnych

Zwracam się o dofinansowanie do imprezy ………………………………………………………… , która odbędzie się w dniu …………………….., dla niżej wymienionych osób:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię** | **Data urodzenia** | **Stopień pokrewieństwa** | **Kwota dofinansowania** |
|  | X | wnioskodawca |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **Oświadczam**, że dochód brutto na 1 osobę w rodzinie przekracza kwotę 351,00 zł

Potwierdzam również udział w imprezie w/wym. osób. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w przypadku przebywania w czasie imprezy na zwolnieniu lekarskim lub w pracy przyznane dofinansowanie zostanie anulowane.

….………………………..

 podpis wnioskodawcy

Przyznano dofinansowanie w kwocie ………………………

 …………………………..

 podpis i pieczęć Działu

Spraw Pracowniczych i Socjalnych

** Nr 5**

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

 miejscowość, data

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

 Nazwisko i imię

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

Oddz./ nr komputera/ nr znaczka

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

 nr telefonu

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

Adres zamieszkania

**W N I O S E K**

**o przyznanie pożyczki zwrotnej z ZFŚS**

Ja niżej podpisany, zwracam się z wnioskiem o przyznanie mi pożyczki zwrotnej z Zakładowego

Funduszu Świadczeń Socjalnych z przeznaczeniem na :

 ................................................................................................................,

w kwocie .................................. słownie: ......................................................................................... ,

którą łącznie z oprocentowaniem zobowiązuję się spłacić w okresie .................. lat, poczynając
od następnego miesiąca od zawarcia umowy spłaty.

Do wniosku załączam:

1. ...................................................................................................................................................
2. ...................................................................................................................................................
3. ...................................................................................................................................................
4. …………………………………………………………………………..……………………

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

/ data i podpis wnioskodawcy /

 **I . Wnioskodawca** ................................................................................................ zatrudniony jest

 w Oddz. KWK Piast-Ziemowit od dnia ....................................................w pełnym/niepełnym\*

 wymiarze czasu pracy

 Umowa o pracę zawarta jest na czas nieokreślony/określony\* do dnia ........................................

 Nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

**II. Proponowani poręczyciele** :

1. ....................................................................................................

oddz. ......................, nr znaczka ..........................., nr stały ............................... ,

 zatrudniony w Oddz. KWK Piast-Ziemowit od dnia ................................................

 Umowa o pracę zawarta jest na czas nieokreślony/określony\* do dnia ..................................

 Nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

1. .....................................................................................................

oddz. ......................, nr znaczka ..........................., nr stały ............................... ,

zatrudniony w Oddz. KWK Piast-Ziemowit od dnia ................................................

 Umowa o pracę zawarta jest na czas nieokreślony/określony\* do dnia ..................................

 Nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

………………………………………..

podpis i pieczęć Działu

Spraw Pracowniczych i Socjalnych

\* - niepotrzebne skreślić

 **Nr 6**

……….. ……………….................

 miejscowość, data

**W N I O S E K**

**o zapomogę z ZFŚS**

Nazwisko i imię; ...................................................................................................................
Aktualny adres zamieszkania ................................................................................................
Oddział ....................... , nr komputera: ................................ nr znaczka …………………….
 telefon ………………..………, stan cywilny: ................................,

Ilość dzieci pozostających na utrzymaniu ……………
Dochód pracownika (średnia brutto z ostatnich 3 m-cy) .......................................................

Dochód współmałżonka (średnia brutto z ostatnich 3 m-cy) .......................................................

Oświadczam, że mój współmałżonek, oraz pełnoletnie dziecko

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

 imię i nazwisko dziecka oraz data urodzenia

 nie pracuje, nie przebywa na urlopie macierzyńskim i nie posiada żadnych dochodów (renta, emerytura, zasiłek wychowawczy, zasiłek dla bezrobotnych itp.)

**Prośba o zapomogę bezzwrotną**

Zwracam się z prośbą o udzielenie bezzwrotnej zapomogi losowej tytułem:

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

W załączeniu:

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

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

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

**Prawidłowość powyższego potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności regulaminowej i karnej.**

***\**** *„Obowiązek informacyjny wynikający z Artykułu 13 ust. 1 i 2 RODO (UE) spełniono na stronie
 internetowej PGG w zakładce* ***RODO/świadczeniobiorcy.***

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

 podpis pracownika

**\***  dotyczy emerytów i rencistów Polskiej Grupy Górniczej S.A. Oddział KWK Piast-Ziemowit, oraz członków rodzin po zmarłych emerytach i rencistach Polskiej Grupy Górniczej S.A. Oddział KWK Piast-Ziemowit, a także członków rodzin po tragicznie zmarłych w pracy pracownikach kopalni.

**Wypełnia Dział Spraw Pracowniczych i Socjalnych**

1. Dochód łączny (brutto) rodziny …………………..

2. Ilość osób na utrzymaniu ……………….

3. Dochód na jednego członka rodziny: .............................

4. Adnotacje o terminie i kwocie przyznanych zapomóg w ostatnich 2-ch latach ……………………

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

5. Poniesione koszty (faktury, rachunki) ……………………………….

 …….…………………………

 podpis i pieczęć Działu

Spraw Pracowniczych i Socjalnych

W przypadku prośby z tyt. choroby pracownika wniosek należy potwierdzić w Dziale Spraw pracowniczych i Socjalnych

**L-4 od dnia ………………… do dnia ……………………….**

 …….…………………………

 podpis i pieczęć Działu

Spraw Pracowniczych i Socjalnych

**OPINIA LEKARZA**

Nazwisko i Imię. …………………………………………

Wywiad: (główne dolegliwości, przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

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

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

………………………………..

 pieczątka i podpis lekarza

 **Nr 7**

 ……….. ……………….................

 miejscowość, data

**W N I O S E K**

**o świadczenie ( zapomogę ) z ZFŚS**

**na pokrycie kosztów pobytu na turnusach leczniczo - rehabilitacyjnych**

Nazwisko i imię; ...................................................................................................................
Aktualny adres zamieszkania ................................................................................................
Oddział ....................... , nr komputera: ................................ nr znaczka …………………….
 telefon ………………..………, stan cywilny: ................................,

Ilość dzieci pozostających na utrzymaniu ……………
Dochód pracownika (średnia brutto z ostatnich 3 m-cy) .......................................................

Dochód współmałżonka (średnia brutto z ostatnich 3 m-cy) .......................................................

Oświadczam, że współmałżonek nie pracuje, nie przebywa na urlopie macierzyńskim i nie posiada żadnych dochodów (renta, emerytura, zasiłek wychowawczy, zasiłek dla bezrobotnych itp.)

**Prośba o świadczenie (zapomogę bezzwrotną ) z ZFŚS**

Zwracam się z prośbą o udzielenie świadczenia ( bezzwrotnej zapomogi ) tytułem:

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

W załączeniu:

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

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

Oświadczam, że dochód brutto przekracza **1001,00 zł** na 1 osobę w rodzinie .

**Prawidłowość powyższego potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności regulaminowej i karnej.**

………………………………………..

 podpis wnioskodawcy

**Wypełnia Dział Spraw Pracowniczych i Socjalnych**

1. Dochód łączny (brutto) rodziny …………………..

2. Ilość osób na utrzymaniu ……………….

3. Dochód na jednego członka rodziny: .............................

4. Adnotacje o terminie i kwocie przyznanych zapomóg w ostatnich 2-ch latach ……………………

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

5. Poniesione koszty (faktury, rachunki) ……………………………….

 …….…………………………

 podpis i pieczęć Działu

Spraw Pracowniczych i Socjalnych

**OPINIA LEKARZA**

Nazwisko i Imię. …………………………………………

Wywiad: (główne dolegliwości, przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

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

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

………………………………..

 pieczątka i podpis lekarza

 **Nr 8**

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

 miejscowość, data

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

 Nazwisko i imię

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

 Oddz./ nr komputera/ nr znaczka

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w przypadku nie złożenia w określonym terminie wymaganych dokumentów (faktura, rachunek) do dofinansowania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych do wypoczynku wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za prace, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego całego dofinansowania przekazanego na wskazane konto bankowe

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

 podpis pracownika