

DATA SKŁADANIA WNIOSKU .....

.....  
(nazwisko i imię pracownika/emeryta/rencisty)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PRACOWNIK - jednostka organizacyjna UTH Rad.)

(BYŁY PRACOWNIK - nr emerytury/renty/świadczenia przedemerytalnego)

.....  
(PESEL)

.....  
(nr telefonu)

## WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH

Proszę o przyznanie dla mnie i dla mojej rodziny świadczeń socjalnych wynikających z Regulaminu UFŚS

Lp.	Nazwisko i imię DZIECKA uprawnionego do świadczeń z UFŚS	Data urodzenia	Dla dzieci powyżej lat 18 należy wpisać nazwę szkoły oraz dołączyć zaświadczenie ze szkoły lub zaświadczenie o niepełnosprawności
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Oświadczam, iż miesięczny dochód na 1 członka mojej rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony wg zasad określonych w § 10 Regulaminu UFŚS, w ubiegłym roku kalendarzowym wyniósł:

Osiągnięty dochód na osobę w rodzinie PRACOWNIKA mieści się w przedziale:		Osiągnięty dochód na osobę w rodzinie EMERYTA / RENCISTY mieści się w przedziale:	
0 – 2000 zł		0 – 1000 zł	
2001 – 3500 zł		1001 – 1500 zł	
3501 – 5000 zł		1501 – 2000 zł	
powyżej 5000 zł		powyżej 2000 zł	

(należy wstawić znak „X” w przedziale określającym dochód)

**Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym w bieżącym roku kalendarzowym wynosi** (do członków rodziny zalicza się: osobę składającą wniosek, jej współmałżonka oraz dzieci uprawnione do korzystania z funduszu): .....

\* **Jako emeryt/rencista Uczelni** oświadczam, że po ustaniu zatrudnienia w Uczelni nie kontynuowałem/am bądź nie podejmowałem/am pracy u innego pracodawcy (nie byłem/am pracownikiem w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy) w wymiarze przekraczającym ½ etatu.

(\* dotyczy emerytów/rencistów)

\*\* **Jako emeryt/rencista Uczelni** oświadczam, że nie korzystam z Funduszu Świadczeń Socjalnych w innym zakładzie pracy.

(\*\*dotyczy emerytów/rencistów, którzy otrzymują rentę rodzinną po zmarłym małżonku)

**Świadoma/my odpowiedzialności regulaminowej i karnej za podanie nieprawdziwych danych i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego świadczenia z funduszu świadczeń socjalnych oświadczam, że podane wyżej informacje dotyczące mojej rodziny oraz uzyskiwanych ze wszystkich źródeł dochodów mojej rodziny są zgodne ze stanem faktycznym.**

.....  
(data i podpis pracownika/emeryta/rencisty)

---

**Adnotacja Działu Kadr**

- wymiar czasu pracy pracownika UTH Radom na dzień złożenia wniosku wynosi

.....

.....  
(data, podpis i pieczęć pracownika Działu Kadr)

<i>WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO:</i>	
- świadczenie określone w § 5 ust. 1 pkt 1 Regulaminu UFŚS (dofinansowanie do wczasów)	
- świadczenie określone w § 5 ust. 1 pkt 6 Regulaminu UFŚS (świadczenie świąteczne pieniężne)	