Załącznik Nr 4 do Regulaminu Gospodarowania Środkami Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sochaczewie.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Kod pocztowy - poczta** |  |
| **Dane kontaktowe** |  |
| **Status wnioskodawcy** | **Emeryt / Rencista** |

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ**

**Ja niżej podpisany wnioskuje o udzielenie pomocy finansowej przekazanej na moje osobiste konto bankowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data i podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że jestem byłym pracownikiem – emerytem/rencistą Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie.

Jednocześnie oświadczam, że nie podjąłem/am zatrudnienia w innym zakładzie pracy po rozwiązaniu stosunku pracy z Powiatowym Urzędem Pracy w Sochaczewie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data i podpis Wnioskodawcy)

Rekomendacja w zakresie przyznania świadczenia przez Zakładową Komisję Świadczeń Socjalnych:

□ rekomendacja □ brak rekomendacji

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

Akceptacja Przedstawiciela pracowników:

□ akceptacja □ brak akceptacji

……………………………………….

 (podpis Przedstawiciela pracowników)