WNIOSEK nr .....
o udzielenie pomocy finansowej
na cele określone w regulaminie ZFRON

Część I. Wypełnia pracownik spółki – Nazwa Spółki ……

Nazwisko i imię…….

Telefon ..... e-mail ……

Data urodzenia..... PESEL ..... …….tel……

Adres ..... Stan cywilny .....

Umowa o pracę w spółce od..... do ……...../ na czas nie określony. Wymiar zatrudnienia .....

Stanowisko ....., Oddział w .....

Stopień niepełnosprawności .....trwałe / czasowe do.....

Proszę o udzielenie pomocy finansowej w formie:

a) świadczenia bezzwrotnego w kwocie ..... zł

b) pożyczki w kwocie ..... zł

c) umorzenia pożyczki w kwocie ..... zł

d) inne (jakie) np. ryczałt na dojazd do pracy ..... zł

Uzasadnienie wniosku (wyszczególnić na co, podać przedmiot usług lub innych świadczeń oraz ich koszty; w przypadku dostosowania mieszkania podać zakres robót i dołączyć kosztorys):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LERNEN POLSKA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.), przez podmioty uczestniczące w przydzielaniu pomocy z ZFRON, w zakresie koniecznym do przeprowadzenia postępowania o udzielenie pomocy.

.....	.....	.....
data	imię i nazwisko	podpis

Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają niżej wymienione osoby i osiągają dochody **NETTO**:

Lp.	Nazwisko i imię	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy	Firma w której jest wykonywana praca	Dochód miesięczny w zł - **wymienić wszystkie źródła dochodu netto** (umowa o pracę, umowa zlecenie, alimenty, zasiłki, renta, emerytura działalność gospodarcza itd.)
	Wnioskodawca		-		

RAZEM dochód miesięczny **NETTO** gospodarstwa domowego .....

Przeciętny dochód (netto) na członka rodziny…… .....

Do wniosku należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego osiągany dochód miesięczny przez osoby ujęte w tabeli. W przypadku nie osiągania dochodu kserokopie legitymacji studenckiej lub zaświadczenie z PUP o zarejestrowaniu w rejestrze bezrobotnych.

.....
data i podpis pracownika

Część II. Opinia przełożonego:

.....

.....

.....

.....

.....
data, pieczęć imienna i podpis bezp. przełożonego

LERNEN POLSKA

Część III. Opinia lekarza *(uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy finansowej ze względu na stopień niepełnosprawności i stan zdrowia wnioskodawcy)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

Część IV. Opinia Komisji Rehabilitacyjno – Socjalnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LERNEN
POLSKA

data ..... podpisy członków Komisji: .....

.....

.....

Część V. Decyzja Pracodawcy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....

data

podpis

Część VI. Adnotacje

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LERNEN POLSKA