

ZARZĄDZENIE Nr 1/2025

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Działdowie z dnia 10 marca 2025 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Działdowie

Na podstawie ustawy z dnia 4 marca 1994 roku o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 288) zarządza się, co następuje:

§ 1

W regulaminie korzystania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Działdowie stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 3/2023 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Działdowie z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Działdowie wprowadza się następujące zmiany:

1. Załączniki Nr 1, 2, 5, 6, 7, 8 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych otrzymują brzmienie zgodnie z załącznikami Nr 1, 2, 3, 4, 5, 6 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Działdowie
mgr Grażyna Mówińska
specjalista zdrowia publicznego

pod względem prawnym
bez zastrzeżeń
Dn. 10.03.2025 r.
RADCA PRAWNY
mgr Eugeniusz Segiet

**TABELE MAKSYMALNEJ WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH
WYPŁACANYCH Z ZFŚS W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-
EPIDEMIOLOGICZNEJ W DZIAŁDOWIE**

Tabela Nr 1

Dofinansowania do wypoczynku urlopowego pracowników, tzw. „wczasy pod gruszą”

Grupa	Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny za okres trzech pełnych, kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	Maksymalna kwota świadczenia
I	do 3800 zł	2 500,00 zł
II	powyżej 3800 zł do 4800 zł	2 400,00 zł
III	powyżej 4800 zł do 5800 zł	2 300,00 zł
IV	powyżej 5800 zł do 6800 zł	2 200,00 zł
V	powyżej 6800 zł do 7800 zł	2 100,00 zł
VI	powyżej 7800 zł	2 000,00 zł

Tabela nr 2

Dofinansowania do wypoczynku dzieci i młodzieży

Grupa	Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny za okres trzech pełnych, kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	Dofinansowanie do rachunku – faktury za wypoczynek *
I	do 3800 zł	60 % nie więcej niż 900,00 zł
II	powyżej 3800 zł do 4800 zł	50 % nie więcej niż 750,00 zł
III	powyżej 4800 zł do 5800 zł	45 % nie więcej niż 675,00 zł
IV	powyżej 5800 zł do 6800 zł	40 % nie więcej niż 600,00 zł
V	powyżej 6800 zł do 7800 zł	35 % nie więcej niż 525,00 zł
VI	powyżej 7800 zł	30 % nie więcej niż 450,00 zł

* Procentowy wskaźnik dopłaty do wypoczynku dzieci i młodzieży naliczany jest od wysokości wydatku poniesionego na wypoczynek dziecka, z tym że górną granicę na dofinansowanie stanowi kwota 1500 zł skierowania lub faktury (rachunku).

Tabela nr 3**Zakup paczek świątecznych dla dzieci i młodzieży w wieku do 15 roku życia**

Grupa	Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny za okres trzech pełnych, kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	Wartość paczki
I	do 3800 zł	150,00 zł
II	powyżej 3800 zł do 4800 zł	140,00 zł
III	powyżej 4800 zł do 5800 zł	130,00 zł
IV	powyżej 5800 zł do 6800 zł	120,00 zł
V	powyżej 6800 zł do 7800 zł	110,00 zł
VI	powyżej 7800 zł	100,00 zł

Tabela nr 4**Dofinansowanie do biletów (karnetów) wstępu na imprezy kulturalno-oświatowe**

Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny za okres trzech pełnych, kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	Dofinansowanie			
	Pracownik (w %)	Emeryt/ Rencista (w %)	Dziecko (w %)	Małżonek (w %)
do 3800 zł	56	56	41	41
powyżej 3800 zł do 4800 zł	54	54	39	39
powyżej 4800 zł do 5800 zł	52	52	37	37
powyżej 5800 zł do 6800 zł	50	50	35,5	35,5
powyżej 6800 zł do 7800 zł	47,5	47,5	32,5	32,5
powyżej 7800 zł	45	45	30	30

Tabela nr 5**Dofinansowanie do zwiększonych wydatków w okresie przedświątecznym**

Grupa	Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny za okres trzech pełnych, kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	Kwota świadczenia
I	do 3800 zł	2 000 zł
II	powyżej 3800 zł do 4800 zł	1 900 zł
III	powyżej 4800 zł do 5800 zł	1 800 zł
IV	powyżej 5800 zł do 6800 zł	1 700 zł
V	powyżej 6800 zł do 7800 zł	1 600 zł
VI	powyżej 7800 zł	1 500 zł

Działdowo, dn.

.....
(nazwisko i imię osoby uprawnionej)

.....
(stanowisko)

.....
(adres zamieszkania)

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA DO WYPOCZYNKU ORGANIZOWANEGO WE WŁASNYM ZAKRESIE

Proszę o przyznanie mi dofinansowania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych do wypoczynku organizowanego we własnym zakresie tzw. „wczasy pod gruszą” w okresie od do

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto* przypadający na jednego członka rodziny za okres 3 pełnych, kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku mieścił się w przedziale:

	do 3800 zł
	powyżej 3800 zł do 4800 zł
	powyżej 4800 zł do 5800 zł
	powyżej 5800 zł do 6800 zł
	powyżej 6800 zł do 7800 zł
	powyżej 7800 zł

* Za dochód netto uważa się wszystkie dochody po potrąceniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych. Do dochodu nie wlicza się należności z tytułu nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno-rentowych oraz jednorazowych wypłat pieniężnych (np. nagród, dodatkowego wynagrodzenia rocznego).

Nie wyrażam zgody na złożenia oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora Danych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Działdowie z siedzibą w Działdowie, pl. Biedrawy 5 w celu i zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.
3. Zapoznałem (am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania

Oświadczam, że jest mi znana treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych obowiązującego w PSSE w Działdowie.

.....
Podpis wnioskodawcy

POUCZENIE:

1. Pracownik, który złoży oświadczenie może zostać poproszony o przedłożenie do wglądu dokumentów źródłowych potwierdzających wysokość uzyskanych dochodów, celem weryfikacji zawartych w oświadczeniu danych.
2. Osoba uprawniona, która nie złoży oświadczenia, otrzyma połowę kwoty bazowej w danym roku kalendarzowym.
3. Osoba uprawniona, która złożyła nieprawdziwe oświadczenie o wysokości dochodu, traci prawo do korzystania z Funduszu na okres 24 miesięcy od daty złożenia nieprawdziwego oświadczenia.

Wypełnia zakład pracy

Potwierdzenie przez pracownika odpowiedzialnego za sprawy kadrowe urlopu wypoczynkowego
od do

.....
(data i podpis pracownika ds. kadr)

**Adnotacja Zakładowej Komisji Socjalnej
o przyznaniu dofinansowania z Funduszu.**

Przyznano prawo do dopłaty do wypoczynku w 20..... roku dla:
..... w wysokości

Przyznano kwotę w tym kwota podlegająca opodatkowaniuzł.,
nie podlegająca opodatkowaniuzł.

.....
.....
.....
.....
.....
(podpis członków komisji)

Decyzja Dyrektora

Działając na podstawie Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i w oparciu o przedstawione załączniki, polecam:

- 1) dokonać wypłaty ww. dofinansowania zgodnie z ustaleniami Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych,
- 2) nie wypłacić ww. dofinansowania z powodu

.....
Data i podpis Dyrektora

Działdowo, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(Komórka organizacyjna - stanowisko)

**Dyrektor
Powiatowej Stacji
Sanitarно-Epidemiologicznej
w Działdowie**

WNIOSEK
o dofinansowanie wycieczki dzieci i młodzieży
(kolonie, obozy, zimowiska itp.)

Proszę o dofinansowanie wycieczki dzieci:

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia
1.		
2.		
3.		

W załączeniu przedstawiam fakturę/rachunek oraz dokument potwierdzający opłatę za pobyt dziecka na koloniach, obozie, zimowisku itp. zawierający imię i nazwisko dziecka, miejsce i czas trwania wycieczki.

Oświadczam, że drugi rodzic dziecka w ramach swoich uprawnień pracowniczych w roku bieżącym korzystał z w/w dofinansowania: tak/nie

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto* przypadający na jednego członka rodziny za okres 3 pełnych kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku mieścił się w przedziale:

	do 3800 zł
	powyżej 3800 zł do 4800 zł
	powyżej 4800 zł do 5800 zł
	powyżej 5800 zł do 6800 zł
	powyżej 6800 zł do 7800 zł
	powyżej 7800 zł

* Za dochód netto uważa się wszystkie dochody po potrąceniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych. Do dochodu nie wlicza się należności z tytułu nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno-rentowych oraz jednorazowych wypłat pieniężnych (np. nagród, dodatkowego wynagrodzenia rocznego).

Nie wyrażam zgody na złożenie oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora Danych Powiatową Stację Sanitarно-Epidemiologiczną w Działdowie z siedzibą

w Działdowie, pl. Biedrawy 5 w celu i zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania

Oświadczam, że jest mi znana treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych obowiązującego w PSSE w Działdowie.

.....
Podpis wnioskodawcy

POUCZENIE:

1. Pracownik, który złoży oświadczenie może zostać poproszony o przedłożenie do wglądu dokumentów źródłowych potwierdzających wysokość uzyskanych dochodów, celem weryfikacji zawartych w oświadczeniu danych.
2. Osoba uprawniona, która nie złoży oświadczenia, otrzyma połowę kwoty bazowej w danym roku kalendarzowym.
3. Osoba uprawniona, która złożyła nieprawdziwe oświadczenie o wysokości dochodu, traci prawo do korzystania z Funduszu na okres 24 miesięcy od daty złożenia nieprawdziwego oświadczenia.

Ustalenia Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych:

- a. Przyznaje wnioskodawcy dofinansowanie do wypoczynku dzieci w wysokości zł słownie na zasadzie bezzwrotnego świadczenia.
- b. Nie przyznaje wnioskodawcy dofinansowania do wypoczynku dzieci z powodu

Komisja ZFŚS

1.
2.
3.
4.
5.

(podpisy członków komisji)

Decyzja Dyrektora

Działając na podstawie Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i w oparciu o przedstawione załączniki, polecam:

- 1) dokonać wypłaty ww. dofinansowania zgodnie z ustaleniami Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych,
- 2) nie wypłacić ww. dofinansowania z powodu

.....
Data i podpis Dyrektora

.....
(imię i nazwisko)

Działdowo, dnia

.....
(adres zamieszkania)

.....
(Komórka organizacyjna - stanowisko)

WNIOSEK
o przyznanie dofinansowania z ZFŚS na cele kulturalno-oświatowe

Proszę o przyznanie dofinansowania do:

1) biletów do kina, teatru itp. dla następujących osób (maksymalnie dwie osoby):

1. Imię i nazwisko pracownika/emeryta/rencisty:
2. Imię i nazwisko uprawnionego członka rodziny:

Do wniosku dołączam imienny dokument potwierdzający poniesiony wydatek:

Nr z dnia

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto* przypadający na jednego członka rodziny za okres 3 pełnych kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku mieścił się w przedziale:

	do 3800 zł
	powyżej 3800 zł do 4800 zł
	powyżej 4800 zł do 5800 zł
	powyżej 5800 zł do 6800 zł
	powyżej 6800 zł do 7800 zł
	powyżej 7800 zł

* Za dochód netto uważa się wszystkie dochody po potrąceniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych. Do dochodu nie wlicza się należności z tytułu nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno-rentowych oraz jednorazowych wypłat pieniężnych (np. nagród, dodatkowego wynagrodzenia rocznego).

Nie wyrażam zgody na złożenie oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora danych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Działdowie z siedzibą w Działdowie, pl. Biedrawy 5 w celu i zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania

Oświadczam, że jest mi znana treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych obowiązującego w PSSE w Działdowie.

.....
Podpis wnioskodawcy

POUCZENIE:

1. Pracownik, który złoży oświadczenie może zostać poproszony o przedłożenie dokumentów źródłowych potwierdzających wysokość uzyskanych dochodów, celem weryfikacji zawartych w oświadczeniu danych.
2. Osoba uprawniona, która nie złoży oświadczenia, otrzyma połowę kwoty bazowej w danym roku kalendarzowym.
3. Osoba uprawniona, która złożyła nieprawdziwe oświadczenie o wysokości dochodu, traci prawo do korzystania z Funduszu na okres 24 miesięcy od daty złożenia nieprawdziwego oświadczenia.

Ustalenia Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych:

- 1) Przyznaje wnioskodawcy dofinansowanie do biletów/karnetu w wysokości zł
słownie
na zasadzie bezzwrotnego świadczenia.
- 2) Nie przyznaje wnioskodawcy dofinansowania do biletów//karnetu z powodu.....
.....

Komisja ZFŚS

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

(podpisy członków komisji)

Decyzja Dyrektora

Działając na podstawie Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i w oparciu o przedstawione załączniki, polecam:

- 1) dokonać wypłaty ww. dofinansowania zgodnie z ustaleniami Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych,
- 2) nie wypłacić ww. dofinansowania z powodu

.....
Data i podpis Dyrektora

Działdowo, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
Komórka organizacyjna - stanowisko

WNIOSEK O PRZYZNANIE PACZKI ŚWIĄTECZNEJ DLA DZIECI

Proszę o przyznanie paczki świątecznej dla następujących dzieci:

1.
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)
2.
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)
3.
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny za okres 3 pełnych, kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku mieścił się w przedziale:

	do 3800 zł
	powyżej 3800 zł do 4800 zł
	powyżej 4800 zł do 5800 zł
	powyżej 5800 zł do 6800 zł
	powyżej 6800 zł do 7800 zł
	powyżej 7800 zł

* Za dochód netto uważa się wszystkie dochody po potrąceniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych. Do dochodu nie wlicza się należności z tytułu nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno-rentowych oraz jednorazowych wypłat pieniężnych (np. nagród, dodatkowego wynagrodzenia rocznego).

Nie wyrażam zgody na złożenie oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora Danych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Działdowie z siedzibą w Działdowie, pl. Biedrawy 5 w celu i zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania

Oświadczam, że jest mi znana treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych obowiązującego w PSSE w Działdowie.

.....
Podpis wnioskodawcy

POUCZENIE:

1. Pracownik, który złoży oświadczenie może zostać poproszony o przedłożenie dokumentów źródłowych potwierdzających wysokość uzyskanych dochodów, celem weryfikacji zawartych w oświadczeniu danych.
2. Osoba uprawniona, która nie złoży oświadczenia, otrzyma połowę kwoty bazowej w danym roku kalendarzowym.
3. Osoba uprawniona, która złożyła nieprawdziwe oświadczenie o wysokości dochodu, traci prawo do korzystania z Funduszu na okres 24 miesięcy od daty złożenia nieprawdziwego oświadczenia.

Ustalenia Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych:

- 1) Przyznaje paczkę/ki świąteczną/e dziecku/dzieciom wymienionemu/ym we wniosku o wartości zł słownie na zasadzie bezzwrotnego świadczenia.
- 2) Nie przyznaje paczki świątecznej dziecku/dzieciom wymienionemu/ym we wniosku z powodu

Komisja ZFŚS

1.
 2.
 3.
 4.
 5.
- (podpisy członków komisji)

Decyzja Dyrektora

Działając na podstawie Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i w oparciu o przedstawione załączniki, polecam:

- 1) dokonać wypłaty ww. dofinansowania zgodnie z ustaleniami Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych,
- 2) nie wypłacić ww. dofinansowania z powodu

.....
Data i podpis Dyrektora

Działdowo, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
Komórka organizacyjna – stanowisko

Dyrektor
Powiatowej Stacji
Sanitarno-Epidemiologicznej
w Działdowie

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA DO ZWIĘKSZONYCH WYDATKÓW W OKRESIE PRZEDŚWIĄTECZNYM

Proszę o przyznanie mi z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych dofinansowania zwiększonych wydatków w okresie przedświątecznym.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny za okres 3 pełnych, kalendarzowych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku mieścił się w przedziale:

	do 3800 zł
	powyżej 3800 zł do 4800 zł
	powyżej 4800 zł do 5800 zł
	powyżej 5800 zł do 6800 zł
	powyżej 6800 zł do 7800 zł
	powyżej 7800 zł

* Za dochód netto uważa się wszystkie dochody po potrąceniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych. Do dochodu nie wlicza się należności z tytułu nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno-rentowych oraz jednorazowych wypłat pieniężnych (np. nagród, dodatkowego wynagrodzenia rocznego).

Nie wyrażam zgody na złożenie oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora danych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Działdowie, pl. Biedrawy 5 w celu i zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania

Oświadczam, że jest mi znana treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych obowiązującego w PSSE w Działdowie.

.....
Podpis wnioskodawcy

POUCZENIE:

1. Pracownik, który złoży oświadczenie może zostać poproszony o przedłożenie dokumentów źródłowych potwierdzających wysokość uzyskanych dochodów, celem weryfikacji zawartych w oświadczeniu danych.
2. Osoba uprawniona, która nie złoży oświadczenia, otrzyma połowę kwoty bazowej w danym roku kalendarzowym.
3. Osoba uprawniona, która złożyła nieprawdziwe oświadczenie o wysokości dochodu, traci prawo do korzystania z Funduszu na okres 24 miesięcy od daty złożenia nieprawdziwego oświadczenia.

Ustalenia Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych:

1. Przyznaje świadczenie pieniężne z okazji świąt (dofinansowanie) o wartości zł słownie na zasadzie bezzwrotnego świadczenia.
2. Nie przyznaje świadczenia pieniężnego z okazji świąt z powodu

Komisja ZFŚS

1.
2.
3.
4.
5.

(podpisy członków komisji)

Decyzja Dyrektora

Działając na podstawie Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i w oparciu o przedstawione załączniki, polecam:

- 1) dokonać wypłaty ww. dofinansowania zgodnie z ustaleniami Zakładowej Komisji Świadczeń Socjalnych,
- 2) nie wypłacić ww. dofinansowania z powodu

.....
Data i podpis Dyrektora