....................................................... Warszawa, dnia ………………………..

(imię i nazwisko lub nazwa organizacji)

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

(adres)

........................................................ **Dyrektor Biura Finansów**

(nr emerytury lub renty) **Komendy Głównej Policji**

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

(nr telefonu)

# W N I O S E K

**o przyznanie świadczenia socjalnego**

1. Proszę o udzielenie świadczenia socjalnego:\*

1. zapomogi pieniężnej;
2. dopłaty do kosztów leczenia oraz zwrotu części kosztów opieki paliatywno-hospicyjnej;
3. dopłaty do kosztów zakwaterowania, wyżywienia i leczenia w sanatoriach lub uzdrowiskach;
4. dopłaty do kosztów pogrzebu uprawnionego niezależnie od przysługującego z tego tytułu zasiłku pogrzebowego;
5. dopłaty do kosztów wypoczynku indywidualnego i zbiorowego, a także do innych form rekreacji;
6. dopłaty do zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży w postaci obozów i koloni oraz innych form działalności socjalnej;
7. dopłaty do korzystania z różnych form działalności kulturalno-oświatowej.

Uzasadnienie złożonego wniosku ...............................................................................................

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

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

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

.................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................. ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................\* Właściwe podkreślić

**2. Osoby na utrzymaniu wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko **Wiek** **Stopień pokrewieństwa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................................... | ........................... | ................................... |
| ................................................................... | ........................... | ................................... |
|  |  |  |

**Oświadczam, że w roku ….……… żaden z członków mojej rodziny, uprawniony do świadczeń socjalnych z funduszu, nie uzyskał świadczenia z tego tytułu z innych źródeł. Oświadczam również, że podane wyżej dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Dochód na jedną osobę w rodzinie wynosi …………………………………………… zł.**

**Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. 202 nr 101, poz. 926 ze zmianami) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (oraz innych dokumentów dotyczących stanu zdrowia) przez KGP obecnie i w przyszłości w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia z funduszu socjalnego emerytów i rencistów policyjnych.**

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

(czytelny podpis)

**Oświadczenie do wystawienia PIT 8C:**

Ja niżej podpisany oświadczam, że pobieram rentę rodzinną nr KRR …………………………………. i rozliczam się z Urzędem Skarbowym

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

(nr urzędu i dokładny adres)

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

(podpis)

Załączniki:

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

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

**Opinia Komisji Socjalnej co do sposobu załatwienia wniosku:**

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

Warszawa, dnia ........................... Komisja Socjalna: ………………………………..

………………………………..

………………………………..

**Decyzja kierownika jednostki organizacyjnej:**

Przyznaję świadczenie socjalne w wysokości .............................. (słownie złotych: .....................

.............................................................................................................................................).\*\*

**Nie przyznaję świadczenia socjalnego.\*\***

Warszawa, dnia ...........................

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

(podpis i pieczątka kierownika jednostki organizacyjnej)

\*\* Niepotrzebne skreślić.