

Wydział/Zakład, nr ew. data wstąpienia do związku

Dąbrowa Górnicza, dn.

PESEL data urodzenia

ADRES ZAMIESZKANIA:

Województwo: Powiat:

Gmina: Ulica:

Nr domu: Nr mieszkania:

Miejscowość: Kod poczt:

Poczta:

KOMISJA ZAPOMÓG

MOZ NSZZ „SOLIDARNOŚĆ”

ARCELORMITTAL POLAND SA – DĄBROWA GÓRNICZA

WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOGI Z TYTUŁU: (*ODPOWIEDNIE PODKREŚLIĆ)

1. Długotrwałej choroby udokumentowanej przy dochodzie na członka rodziny nie przekraczającym 630 zł.
2. Indywidualnego zdarzenia losowego przy dochodzie na członka rodziny nie przekraczającym 680 zł.
3. Z tytułu niedostatku przy dochodzie na członka rodziny nie przekraczającym 500 zł.
(wnioskodawca dolicza w rocznym zeznaniu podatkowym kwotę zapomogi z tytułu niedostatku, jeżeli wynosi ona powyżej 638zł do dochodów osiągniętych w danym roku podatkowym i sam oblicza i wpłaca podatek do Urzędu Skarbowego)

Uzasadnienie wniosku:

Do wniosku dołączam:

Oświadczam, że mam na utrzymaniu, w tym dzieci.

.....
Podpis wnioskodawcy**POTWIERDZENIE PRZEZ WYDZIAŁ/ZAKŁAD**

Lp.	Nazwisko i imię	Nazwa zakładu pracy	Wysokość zarobków średniomiesięcznych z ostatnich 3 miesięcy pomniejszone o zaliczkę na podatek dochodowy, zasiłki rodzinne i opiekuńcze, składki na ubezpieczenie społeczne
1.			
2.			

Dochód na jednego członka rodziny wynosi:zł.

Lp.	Imię dziecka	Data urodzenia	Lp.	Imię dziecka	Data urodzenia
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

Potwierdzenie choroby (na podstawie druku ZUS ZLA):

Od do, tj. dni choroby

.....
Potwierdzenie danych przez Wydział/Zakład (pieczętka i podpis)

