Załącznik nr 2

do Komunikatu nr 4

Rektora Uniwersytetu w Białymstoku

z dnia 25 lutego 2020 r.

................................................................... Wilno …………………….. r.

*Imię i nazwisko wnioskodawcy /pracownika*

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

*tel. kontaktowy, e-mail (dane podawane dobrowolnie w celu kontaktu, związanego z realizacją wniosku)*

**OŚWIADCZENIE UPRAWNIONEGO DO DOPŁAT I ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

**z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu w Białymstoku w ..........… roku**

*(dla pracowników Filii Uniwersytetu w Białymstoku w Wilnie, Wydział Ekonomiczno-Informatyczny)*

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że średni miesięczny przychód przypadający na osobę w mojej ……..   
- osobowej rodzinie*(według stanu na dzień 31 grudnia)*, w tym dzieci:

* uprawnione do korzystania z Funduszu w wieku 3-25 lat  ……… *(wpisać liczbę)*
* w wieku do lat 3, nie korzystające z Funduszu w bieżącym roku kalendarzowym ……… *(wpisać liczbę)*

uzyskany z przychodów moich i współmałżonka za …….... rok wynosi ………..…..EURO\*\*

( ….…………...………….……………...…………………………) po udokumentowaniu / bez udokumentowania\*.

*(słownie EURO*) *(niewłaściwe skreślić)*

Oświadczam, że moje stałe miejsce zamieszkania i ośrodek interesów życiowych znajduje się na terenie Republiki Litewskiej. Proszę o uwzględnienie niniejszego oświadczenia przy przyznawaniu wszystkich świadczeń socjalnych, z których będę korzystać w roku bieżącym. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią Regulaminu ZFŚS i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy. Prawdziwość danych przedstawionych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

*data i podpis wnioskodawcy*

**WNIOSEK O DOPŁATY W ROKU …………**

Proszę o przyznanie zgodnie z postanowieniami Regulaminu ZFŚS:

1. **Dopłaty do wczasów pracownika**
2. **Dopłaty do działalności kulturalno-oświatowej i sportowej.**

Oświadczam, że powyższe dopłaty przeznaczę na w/w cele. ......................................................................  *data i podpis wnioskodawcy*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*po przeliczeniu na złotych według średniego kursu NBP na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego przyznanie świadczenia)*wynosi ……………....zł. (*w zaokrągleniu do pełnych zł.) słownie złotych…………………..……………………………………………………*

*………………………………………..……………………………*

*data i podpis upoważnionego pracownika Filii w Wilnie*

**SEKCJA SPRAW SOCJALNYCH**

Wniosek zarejestrowano pod nr …………….. dnia ………………………

Potwierdzam, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do otrzymania w roku bieżącym w/w dopłat/świadczeń.

*………………...…………………………………………………*

*podpis pracownika SSS*

**DECYZJA PRACODAWCY**

Dopłata, o której mowa w pkt. I wniosku Protokół nr …………….....…. z dnia ………………………..….…

Dopłata, o której mowa w pkt. II wniosku Protokół nr …..……..……….. z dnia ………………………………

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\* Wnioskodawca zobowiązany jest do przedłożenia do wglądu upoważnionemu pracownikowi Filii w Wilnie rocznych deklaracji podatkowych (w formie papierowej lub elektronicznej, jeśli w tym celu użyty jest sprzęt pozostający w dyspozycji wnioskodawcy), zaświadczeń, o których mowa w §9 ust. 4 Regulaminu zgodnie z ustawodawstwem Republiki Litewskiej. W przypadku odmowy okazania wiarygodnych dokumentów zostanie naliczone najniższe świadczenie. Warunkiem otrzymania świadczeń na dzieci, które ukończyły 18 rok życia jest przedłożenie do wglądu upoważnionemu pracownikowi Filii w Wilnie legitymacji szkolnej (studenta, doktoranta) lub dołączenie stosownego zaświadczenia, wystawionego przez szkołę (uczelnię), w której kształci się dziecko.*