

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Nazwa Zakładu Pracy/wydział nr ewidencyjny

Dąbrowa Górnicza, dn.

.....
PESEL data urodzenia

ADRES ZAMIESZKANIA:

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Kod poczt: _____ Poczta: _____

Województwo: _____ Nr tel.: _____

KOMISJA ZAPOMÓG

MOZ NSZZ „SOLIDARNOŚĆ”
ARCELORMITTAL POLAND SA – DĄBROWA GÓRNICZA

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

1. Długotrwałej choroby udokumentowanej przy dochodzie na członka rodziny nie przekraczającym 1.700 zł.
2. Indywidualnego zdarzenia losowego.
3. Z tytułu niedostatku przy dochodzie na członka rodziny nie przekraczającym 1.500 zł.

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)

