**Załącznik nr 9**

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

*(imię i nazwisko uprawnionego)* (*miejscowość, data)*

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

*(zajmowane stanowisko)*

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

*(adres)*

**Pani/Pan\***

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

**Dyrektor**

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

*(nazwa placówki)*

**Wniosek o przyznanie zapomogi z ZFŚS**

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi zapomogi w związku z :

1. długotrwałą chorobą,\*
2. pożarem, powodzią i innymi klęskami żywiołowymi,\*
3. śmiercią członka rodziny,\*

Jako uzasadnienie podaję:

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

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

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

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

( np. zaświadczenie lekarskie, rachunki za leki lub usługi medyczne, zaświadczenie z policji, zaświadczenie ze straży pożarnej, akt zgonu )

………………………………..

*(data i podpis wnioskodawcy)*

**\*** niepotrzebne skreślić