

Załącznik nr 4 do Regulaminu ZFRON

NR WNIOSKU

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
(Dofinansowanie do opieki medycznej)**

CZĘŚĆ I*(wypełnia pracownik)*

1. NAZWISKO I IMIĘ
 2. DATA I MIEJSCE URODZENIA
 3. IMIONA RODZICÓW
 4. ADRES ZAMIESZKANIA
 5. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: STAŁY/CZASOWY DO
 6. DATA ZATRUDNIENIA
 7. RODZAJ UMOWY O PRACĘ
 8. ZAJMOWANE STANOWISKO (ZESPÓŁ+DZIAŁ)
-

PROSZĘ O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ Z ZFRON W FORMIE:

- a). bezzwrotnej w wysokości:
- b). pożyczki w wysokościzł do spłaty w ciągu lat

Otrzymana pomoc finansowa zostanie przeznaczona na:

.....
.....

Uzasadnienie udzielenia pomocy

.....
.....

Zaświadczenie o dochodzie i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

.....
.....

data i podpis

CZĘŚĆ II – OPINIA KOMISJI REHABILITACYJNEJ

Opinia pozytywna

data i podpis

CZĘŚĆ III – OPINIA LEKARZA

Opinia pozytywna

data i podpis

CZĘŚĆ IV – DECYZJA PRACODAWCY

Zarząd Spółki w oparciu o pozytywną opinie lekarza zakładowego oraz Komisji Rehabilitacyjnej przydziela osobie niepełnosprawnej pomoc finansową na opiekę medyczną

data i podpis

CZĘŚĆ V – REALIZACJA

Pokryć z Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

data i podpis