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

(imię i nazwisko lub nazwa organizacji) (miejscowość, data)

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

(adres)

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

(nr emerytury lub renty)

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

(nr telefonu)

**KOMENDANT**

**BIESZCZADZKIEGO ODDZIAŁU**

**STRAŻY GRANICZNEJ**

**w Przemyślu**

**WNIOSEK**

o przyznanie świadczenia socjalnego

**1. Proszę o udzielenie świadczenia socjalnego\*:**

1. zapomogi pieniężnej;
2. dopłaty do kosztów leczenia oraz zwrotu części kosztów opieki paliatywno-hospicyjnej;
3. zwrotu części kosztów pogrzebu uprawnionego, niezależnie od przysługującego z tego tytułu zasiłku pogrzebowego;
4. dopłaty do kosztów zakwaterowania, wyżywienia i leczenia w sanatoriach lub uzdrowiskach;
5. dopłaty do kosztów wypoczynku indywidualnego i zbiorowego, a także do innych form rekreacji;
6. dopłaty do kosztów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie obozów i kolonii oraz innych form działalności socjalnej;
7. dopłaty do korzystania z różnych form działalności kulturalno-oświatowej.

**Uzasadnienie złożonego wniosku:** ………………………………………………….………

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

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

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  
\* Właściwe podkreślić

**2. Osoby na utrzymaniu wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Wiek | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |

…………………………….. ……….. ……………………………

…………………………….. ……….. ……………………………

…………………………….. ……….. ……………………………

…………………………….. ……….. ……………………………

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

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

(podpis)

Załączniki:

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

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

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

**Opinia Komisji Socjalnej dotycząca sposobu załatwienia wniosku:**

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

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

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

......................................, dnia ..........................................

Komisja socjalna:

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

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

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

**Decyzja kierownika jednostki organizacyjnej**

Przyznaję świadczenie socjalne w wysokości ......................... (słownie złotych: ………………

................................................................................................................................................).\*\*

Nie przyznaję świadczenia socjalnego.\*\*

......................................., dnia ............................

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

(podpis i pieczątka kierownika jednostki organizacyjnej)

\*\* Niepotrzebne skreślić.