

Załącznik nr 1 do Regulaminu ZFRON

NR WNIOSKU .....

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU  
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
(Dofinansowanie zakupu leków i materiałów diagnostyczno-medycznych)**

**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 wysokości .....zł 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****dotyczącej zakupu leków według faktur nr:**

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. .... na kwotę: ..... zł | 6. .... na kwotę: ..... zł  |
| 2. .... na kwotę: ..... zł | 7. .... na kwotę: ..... zł  |
| 3. .... na kwotę: ..... zł | 8. .... na kwotę: ..... zł  |
| 4. .... na kwotę: ..... zł | 9. .... na kwotę: ..... zł  |
| 5. .... na kwotę: ..... zł | 10. .... na kwotę: ..... zł |

**Łączna kwota wynosi: ..... zł.****Zespół opiniuje pozytywnie.***data i podpis***CZĘŚĆ III – OPINIA LEKARZA***data i podpis***CZĘŚĆ IV – DECYZJA PRACODAWCY**

**Zarząd Spółki w oparciu o pozytywną opinie lekarza Zakładowego oraz Zespołu Rehabilitacyjnego przydziela P. .... - pomoc finansową w wysokości: ..... zł na pokrycie kosztów za leki.**

*data i podpis***CZĘŚĆ V – REALIZACJA**

**Pokryć z Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych poz. Prel. „Świadczenia dla Osób Niepełnosprawnych” pkt ..... Regulaminu ZFRON.**

*data i podpis*