



Druk dla: (proszę zaznaczyć „x”):

☐	Pracownika UW (współmałżonek, dziecko, rodzice, teściowie)
☐	Emeryt/ Rencista UW (współmałżonek, dziecko, rodzice, teściowie)
☐	Doktoranta UW (współmałżonek, dziecko)

Tabelkę wypełnia pracownik BSSOC.	
Nr osobowy SAP	
Nr świadczenia	

W N I O S E K
o przyznanie zapomogi bezzwrotnej
z tytułu śmierci osoby bliskiej

- I. **Nazwisko i imię wnioskodawcy**
- II. **PESEL wnioskodawcy**.....
- III. **Telefon do kontaktu**
- IV. Liczba osób przebywających we wspólnym gospodarstwie domowym (w tym dzieci małe oraz dzieci uczące się do 25. roku życia pozostające na wyłącznym utrzymaniu rodzica/rodziców).
- V. Oświadczam, że średni miesięczny przychód przypadający na osobę w rodzinie, obliczany na zasadach określonych w § 7 ust. 6-9 Regulaminu ZFŚS wynosi zł: (proszę zaznaczyć „ x”):

do 3 000 zł	☐
powyżej 3 000 zł	☐

- VI. Uzasadnienie wniosku o zapomogę:

PROSZĘ O PRYZNANIE ZAPOMOGI Z TYTUŁU ŚMIERCI OSOBY/OSÓB BLISKIEJ/BLISKICH :

Imię i nazwisko osoby zmarłej	Pokrewieństwo

- VII. Wymagane załączniki:

- ☐ **akt zgonu**
- ☐ **akt małżeństwa wnioskodawcy** (przy śmierci teściów)
- ☐ **akt urodzenia wnioskodawcy** (przy śmierci rodziców)

W przypadku ukończenia przez dziecko 18 r.ż. do wniosku należy dołączyć (dot. uczących się dzieci, przebywających we wspólnym gospodarstwie domowym):

- ☐ **zaświadczenie o nauce** lub
- ☐ **kopię orzeczenia instytucji uprawnionych do orzekania o stopniu niepełnosprawności**

PROSIMY WYPEŁNIĆ RÓWNIEŻ STRONĘ nr 2 →

VIII. Wyplata – informacja dla pracownika UW:

Wyplata świadczenia nastąpi w sposób przewidziany dla wypłaty wynagrodzenia za pracę.

IX. Wyplata – wypełnia emeryt/rencista UW

Wyplata świadczenia (proszę o zaznaczenie jednej wybranej opcji):

- ☐ PRZELEWEM NA KONTO NR:
☐ W ODDZIALE BANKU MILLENNIUM
☐ ADRES: kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania

X. Wyplata – wypełnia doktorant UW:

- **Adres zamieszkania:** (województwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu):

.....

- **Urząd Skarbowy:** (pełny adres): (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu):

.....

- **Nazwa Szkoły Doktorskiej UW:**

.....

- **Nr konta do wypłaty świadczenia:**

.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym (str. 1-2).

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z poniższą klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych, które udostępniłam/em w związku ze złożeniem niniejszego wniosku.

Warszawa, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

Poniższe wypełnia BSSOC i KZ

1. Adnotacja BSSoc.

2. Opinia Komisji Zapomogowej:

Przyznana kwota zł.

Podpisy Członków Komisji Zapomogowej:

.....

.....

Administratorem podanych wyżej danych osobowych jest Uniwersytet Warszawski.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych znajdują się na stronie:

<https://www.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2019/08/klauzula-informacyjna-dot.-przetwarzania-danych-osobowych.pdf>