Brzesko, dnia …………………………

…………………………………….
( pieczątka jednostki)

**Miejskie Centrum Obsługi Oświaty w Brzesku**

**Dział księgowości**

**ul. Królowej Jadwigi 18**

**32-800 Brzesko**

**ZLECENIE nr ……./ZFŚS/2020**

 Zlecam do przelewu z konta zakładowego funduszu świadczeń socjalnych ogólną kwotę ……………………………………………………….…………..zł,

słownie ……………………………………………………………………………………………………………..………zł

tytułem przyznanych świadczeń socjalnych dla **emeryta (ów)** naszej jednostki według załączonej tabeli.

 Oświadczam, że kwota(ty) te zostały zaewidencjonowane w indywidualnej kartotece **emeryta(ów)** a dokumentacja uprawniająca do przyznanych świadczeń, jak również uprawniająca do zwolnienia z podatku dochodowego w przypadku przyznania świadczeń przekraczających kwotę limitu lub zwolnionych z naliczenia podatku dochodowego znajduje się w siedzibie jednostki.

Podstawą wypłaty jest zatwierdzony protokół nr ……... z dnia ……………….……………. .

Dyrektor

…………………………………
pieczątka i podpis

-WZÓR-

załącznik do zlecenia nr ………………/ZFŚS/2020

**PRZYZNANE ŚWIADCZENIA SOCJALNE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko i imię \*/** **nr rachunku bankowego\*\*** | **Tytuł przyznanego świadczenia** | **Dokumenty stanowiące podstawę przyznania świadczenia, zwolnienia z opodatkowania** | **Kwota świadczenia****niepodlegająca opodatkowaniu** | **Kwota świadczenia****podlegająca opodatkowaniu** | **Całkowita kwota przyznanego świadczenia** |
| *1.* | *Kowalski Jan* | *Np.:**Dofinansowanie wypoczynku organizowanego we własnym zakresie* | * *Wniosek emeryta*
 | *1100,00* | *-* | *1100,00* |
| *Nr**RB* |  |
| *2.* | *Kowalska Anna* | *Np.:**Zapomoga losowa z tytułu zachorowania na długotrwałą ciężką chorobę*  | * *Wniosek,*
* *zaświadczenie lekarskie stwierdzające zachorowalność na ciężką, długotrwałą chorobę*
 | *800,00* | *-* | *800,00* |
| *Nr**RB* |  |
| 3. | *Kowalski Józef* | *Np.:**Doraźna zapomoga finansowa*  | * *Wniosek pracownika z uzasadnieniem lub udokumentowaniem trudnej sytuacji materialnej, życiowej*
 | *400,00* | *200,00* | *600,00**(Rozbicie kwoty jeżeli przekroczony został limit wcześniej przyznanych świadczeń 3000,00)* |
| **RAZEM**  | **1800** | **100** | **1900** |

*\*/Wykaz osób uprawnionych, tj. emerytów, rencistów, osób pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne lub świadczenie przedemerytalne (wykaz alfabetyczny)*

*\*\*/Należy wskazać numer rachunku bankowego, na który należy dokonać przelewu przyznanego świadczenia.*

**Dyrektor**

 …………………………………
 ( pieczątka i podpis)