Rk- /

**WNIOSEK DO ZARZĄDU UCZELNIANEGO ZNP W UAM**

**O ŚWIADCZENIE STATUTOWE**

Imię nazwisko członka ZNP w UAM………………………………………………………………………………………………………

Jednostka UAM…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**(numer konta bankowego, na które ma być przekazana zapomoga socjalna)**

**Proszę o wypłacenie mi z funduszu statutowego Związku ZNP w UAM świadczenia statutowego zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt. 9a Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 2021 poz. 1128):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj świadczenia socjalnego (statutowego)** | **kwota** | **„X”** |
| **1** | **Urodzenie dziecka** | **700,00** |  |
| **2** | **Przejście członka ZNP na emeryturę/rentę** | **700,00** |  |
| **3** | **Śmierć członka związku** | **600,00** |  |
| **4** | **Śmierć współmałżonka członka ZNP** | **500,00** |  |
| **5** | **Śmierć dziecka członka (do 26 lat)** | **500,00** |  |
| **6** | **Śmierć rodzica członka** | **500,00** |  |

**„x” –** zaznaczyć odpowiednią rubrykę

**Załączam dokumenty potwierdzające zasadność przyznania świadczenia:**

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….. ………………………………………………………

data podpis osoby wnioskującej

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Przyznano do wypłaty kwotę ……………………………………………………………………………………………………………..

Akceptuję do wypłaty:

…………………………………………………… ………………………………………………

Skarbnik ZNP w UAM Prezes ZNP w UAM

……………………………

data

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Kwituję odbiór kwoty ……………………………… (słownie: ………………………………………………………………………..)

………………………………………………………………… ……………………………………………………………………..

data podpis osoby wnioskującej/odbiorcy