


## **ZASADY PRYZNAWANIA POMOCY SOCJALNEJ W POSTACI POŻYCZEK MIESZKANIOWYCH**

Pomoc finansowa w postaci pożyczki na cele mieszkaniowe określona w § 11 pkt 2 Regulaminu może być udzielona tylko na pisemny wniosek osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu, na następujących zasadach:

- 1) pożyczka może być przyznana tylko dla osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu; pożyczkę mieszkaniową mogą także otrzymać emeryci i renciści, którzy odeszli na powyższe świadczenia bezpośrednio ze Szpitala,
- 2) wniosek o przyznanie pożyczki mieszkaniowej musi być pozytywnie zaopiniowany przez Komisję Socjalną,
- 3) pożyczka może być przyznana pod warunkiem zawarcia przez pożyczkobiorcę z Pracodawcą pisemnej umowy pn. „Umowa o przyznanie pożyczki z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych SPSNPCH w Międzyrzeczu na cele mieszkaniowe”, której wzór stanowi **załącznik nr 5** do Regulaminu,
- 4) okres spłaty pożyczki wynosi trzy lata, od dnia zawarcia umowy,
- 5) okres spłaty pożyczki może być skrócony na podstawie pisemnego wniosku pożyczkobiorcy, pozytywnie zaopiniowanego przez Komisję Socjalną oraz zaakceptowanego przez Pracodawcę i Związki Zawodowe; wcześniejsza spłata pożyczki nie uprawnia do otrzymania kolejnej pożyczki przed upływem trzech lat od dnia zawarcia umowy pożyczki, tj. 3 lat,
- 6) spłata pożyczki rozpoczyna się najpóźniej w kolejnym miesiącu, następującym po miesiącu w którym zawarto umowę,
- 7) umowa pożyczki musi być poręczona przez dwie osoby, uprawnione do korzystania z Funduszu, ale pod warunkiem, że mają one zawarte umowy o pracę ze Szpitalem na czas nieoznaczony,
- 8) raty pożyczki udzielonej dla pracownika potrącane są z jego wynagrodzenia, natomiast raty pożyczki udzielonej dla emeryta lub rencisty będą wpłacane na rachunek bankowy Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych lub w kasie Szpitala,
- 9) w przypadku rozwiązania z pożyczkobiorcą umowy o pracę – wówczas nie spłaconą część pożyczki zobowiązany jest on spłacić w całości jednorazowo; po złożeniu wniosku i uzyskaniu w tej sprawie pozytywnej opinii Komisji Socjalnej oraz za zgodą Pracodawcy i żyrantów spłata ta może być rozłożona na raty,
- 10) w uzasadnionych przypadkach Pracodawca w uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi oraz po uzyskaniu wcześniej pozytywnej opinii Komisji Socjalnej, może wyrazić zgodę na zawieszenie spłaty udzielonej pożyczki ze wskazaniem okresu zawieszenia lub też całkowicie lub częściowo umorzyć niespłaconą część udzielonej pożyczki; dotyczy to w szczególności sytuacji:
  - a) niemożności jej spłacenia przez pożyczkobiorcę, ze względu na bardzo niski dochód, tj. poniżej kwoty minimum egzystencji w danym roku, spowodowany np. utratą pracy,
  - b) z uwagi na klęski żywiołowe, ciężką, przewlekłą i długotrwałą chorobę pożyczkobiorcy lub członka rodziny współtrzymującego go,
- 11) w razie zaprzestania spłaty pożyczki przez pożyczkobiorcę, zobowiązanie spłaty pozostałej części przechodzi na żyrantów,



12) dopuszczalne jest umorzenie pożyczki wobec pożyczkobiorcy, który zaprzestał jej spłacania, jeżeli przypuszczalne koszty przymusowego zaspokojenia roszczenia przewyższają pozostałą do spłaty kwotę pożyczki,

13) w przypadku śmierci pożyczkobiorcy – pożyczka mieszkaniowa jest umarzana.

**Wysokość maksymalnych kwot udzielanej pomocy socjalnej w postaci pożyczek mieszkaniowych:**

| Osoba uprawniona          | Podstawa przyznania pożyczki na cele mieszkaniowe | Wysokość udzielanej pożyczki |
|---------------------------|---|------------------------------|
| Pracownik czynny zawodowo | Całkowita spłata wcześniej udzielonej pożyczki    | do 6.000,00 zł               |
| Emeryt lub rencista       | Całkowita spłata wcześniej udzielonej pożyczki    | do 3.000,00 zł               |





**UMOWA**  
**pożyczki na cele mieszkaniowe**

zawarta w dniu ....., pomiędzy:

1. Samodzielnym Publicznym Szpitalem dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, z siedzibą Międzyrzecz ul. Poznańska 109, zwanym w dalszej „Szpitalem”, reprezentowanym przez Dyrektora Szpitala ....., a
2. Panem / Panią .....,  
zamieszkałym / ą .....,  
posiadającym / ą nr PESEL: .....,  
zwanym dalej „Pożyczkobiorcą”

§ 1. Na podstawie pozytywnej opinii Komisji Socjalnej i akceptacji Dyrektora Szpitala z dnia ..... zostaje przyznana ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych SPSNPCH w Międzyrzeczu – pomoc na cele mieszkaniowe w postaci pożyczki w wysokości ..... zł,  
słownie..... zł

§ 2. 1. Wyplacona pożyczka w kwocie ..... zł podlega spłacie w 36 ratach miesięcznych.

2. Okres spłaty pożyczki wynosi 36 miesięcy.

3. Rozpoczęcie spłaty następuje od dnia ..... w wysokości:

1) I rata .....,

2) 35 następnych rat .....

§ 3. 1. Pożyczkobiorca upoważnia Szpital do potrącania należnych rat pożyczki zgodnie § 2 ust. 3 niniejszej umowy z należnego mu wynagrodzenia za pracę <sup>1)</sup> / Pożyczkobiorca zobowiązuje się do dokonywania wpłat należnych rat pożyczki zgodnie z § 2 ust. 3 niniejszej umowy na rachunek bankowy Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych nr ..... / osobiście w kasie Szpitala <sup>2)</sup>.

2. W uzasadnionych przypadkach Dyrektor Szpitala w uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi oraz po uzyskaniu wcześniej pozytywnej opinii Komisji Socjalnej, na wniosek Pożyczkobiorcy może wyrazić zgodę na zawieszenie spłaty udzielonej pożyczki ze wskazaniem okresu zawieszenia, albo może całkowicie lub częściowo umorzyć niespłaconą część pożyczki.



Poręczyciele:

1. .... nr PESEL .....  
zam. ....

2. .... nr PESEL .....  
zam. ....

Jako poręczyciele zobowiązujemy się względem wierzyciela wykonać zobowiązanie z powyższej umowy, na wypadek nie wykonania zobowiązania przez dłużnika. Poręczenie udzielone zostaje na okres 37 miesięcy od dnia spłaty I raty pożyczki, a w przypadku wydłużenia okresu spłaty pożyczki – również na ten okres o jaki spłata została wydłużona.

W razie nieuregulowania we właściwym terminie pożyczki zaciągniętej przez Pożyczkobiorcę ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych SPSNPCH w Międzyrzeczu, wyrażamy zgodę jako solidarnie współodpowiedzialni na pokrycie kwoty z naszych wynagrodzeń.

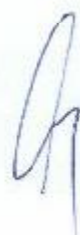
1. ....  
/ podpis poręczyciela /

2. ....  
/ podpis poręczyciela /

.....  
/ podpis Pożyczkobiorcy /

.....  
/ podpis Dyrektora /

- <sup>1)</sup> zapis dotyczy tylko pracowników czynnych zawodowo,  
<sup>2)</sup> zapis dotyczy tylko emerytów lub rencistów.





**UMOWA**  
**o przyznanie zapomogi zwrotnej**  
**z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**  
**SPSNPCH w Międzyrzeczu**

zawarta w dniu ..... , pomiędzy:

1. Samodzielnym Publicznym Szpitalem dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, z siedzibą Międzyrzecz ul. Poznańska 109, zwanym dalej „Szpitalem”, reprezentowanym przez Dyrektora Szpitala ....., a
2. Panem / Panią ....., a  
zamieszkałym / ą .....  
posiadającym/ cą numer PESEL: .....  
zwanym dalej „Wnioskodawcą”

§ 1. Na podstawie złożonego wniosku z dnia ....., który został pozytywnie zaopiniowany przez Komisję Socjalną w dniu ..... – decyzją Dyrektora Szpitala z dnia ..... zostaje przyznane ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych SPSNPCH w Międzyrzeczu, świadczenie socjalne w postaci zapomogi zwrotnej w wysokości ..... zł, słownie ..... zł

§ 2. 1. Wyplacona zapomoga w kwocie ..... zł podlega spłacie w 12 równych ratach miesięcznych.  
2. Okres spłaty zapomogi wynosi 12 miesięcy.  
3. Rozpoczęcie spłaty następuje od dnia ..... i wysokość raty wynosi ..... zł, słownie ..... zł.

§ 3. 1. Wnioskodawca upoważnia Szpital do potrącania należnych rat zapomogi zgodnie § 2 niniejszej umowy z należnego mu wynagrodzenia za pracę <sup>1)</sup>. / Wnioskodawca zobowiązuje się do dokonywania wpłat należnych rat zgodnie z § 2 niniejszej umowy na rachunek bankowy Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych nr ..... / osobiście w kasie Szpitala <sup>2)</sup>.

2. W przypadku rozwiązania umowy o pracę, kwota zapomogi zwrotnej pozostająca do spłaty musi zostać spłacona jednorazowo w całości <sup>1)</sup>.

3. W przypadku śmierci Wnioskodawcy pozostała do spłaty część zapomogi umarza się.

.....  
/ podpis Wnioskodawcy /

.....  
/ podpis Dyrektora /

<sup>1)</sup> zapis dotyczy tylko pracowników czynnych zawodowo,

<sup>2)</sup> zapis dotyczy tylko emerytów lub rencistów.



**OŚWIADCZENIE  
o dochodach w rodzinie**

Imię i nazwisko składającego oświadczenie .....

Zakład pracy – oddział, dział, sekcja itp. ....

Oświadczam, że dochód na jedną osobę w mojej rodzinie z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających złożenie niniejszego oświadczenia wynosi miesięcznie brutto: ..... zł, słownie .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisu art. 233 § 1 kk za składanie fałszywych oświadczeń, zeznań itp. – potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

.....  
/ data i czytelny podpis składającego oświadczenie /

