



ŽIADOSŤ O PRÍSPEVOK ZO SOCIÁLNEHO FONDU
APPLICATION FOR SOCIAL FUND ALLOWANCE
Inštrukcie pre zamestnanca / *Instructions for Employee:*

Zamestnanec vyplní 1. a 2. časť a priloží kópiu požadovaného dokumentu, ktorý preukazuje nárok na príspevok. Časť 3. potvrdí HR Direct v zmysle dohody o sociálnom фонде. / *Employee is to fill parts 1. and 2. only and attach copy of the required document proving allowance entitlement. Part 3. would be filled and signed by HR direct in accordance with Social Fund Agreement.*

1. Osobné údaje / Personal data:			
CDSID:		Požiadavka číslo / Ticket number:	
Osobné číslo / Personal number:		Oddelenie / Department:	
Priezvisko / Surname:		Oblasť / Area:	
Krstné meno / First name:		Dátum / Date:	
2. Žiadam o vyplatenie nasledovného príspevku zo sociálneho fondu. Vyznačte požadovaný príspevok písmenom X. / I request payment of the following allowance from Social Fund. Mark required allowance with X:			
Narodenie dieťaťa / Birth of Child		Rodný list dieťaťa alebo Súdne rozhodnutie o zverení dieťaťa do vlastnej opateri / <i>Child's Birth Certificate or Court decision on Child's Custody</i>	
Dieťa so zdravotným postihnutím / Disabled Child		Rozhodnutie Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o miere funkčnej poruchy (posudok) / <i>Office of Labour, Social Affairs and Family decision on the level of disability of child (statement)</i>	
Smrť zamestnanca / Death of Employee		Úmrtňový list / <i>Death Certificate</i>	
Smrť rodinného príslušníka / Death of Family member		Úmrtňový list rodinného príslušníka / <i>Death Certificate of Family Member</i>	
Vzdelávanie / Education		Doklad o ukončení štúdia (maturitné vysvedčenie, vysokoškolský diplom) / <i>Graduation Certificate (High School leaving Certificate, Diploma)</i>	
Špeciálna situácia / Special situation*		Rozhodnutie z poisťovne alebo iný oficiálny dokument o preukázaní finančnej škody / <i>Decision of the Insurance Company or other official document proving the financial loss</i>	
* Opis špeciálnej situácie / Description of special situation:			
Kritické choroby / Critical Illnesses		Potvrdenie, že zamestnanec trpí niektorou z kritických chorôb uvedených v dokumente Čerpanie SF JLR Slovakia / <i>Confirmation that Employee suffers from one of the critical diseases stated in Usage of the Social Fund JLR Slovakia</i>	
Darovanie krvi / Blood donation		Uveďte typ plakety / <i>Name type of plaque:</i>	
Podpis zamestnanca (žiadateľa o príspevok) / Signature of Employee (Allowance Applicant):		
3. Schválenie príspevku zo sociálneho fondu / Approval of Social Fund Allowance			
Príspevok zo sociálneho fondu je priznaný v zmysle Dohody o Sociálnom фонде / <i>The allowance is in accordance with the Agreement of Social fund</i>	YES / NO	Meno zamestnanca HR direct, ktorý overil platnosť žiadosti / <i>Name of HR Direct Employee who confirmed validity of Application:</i> Podpis zamestnanca HR Direct / <i>Signature of HR Direct Employee:</i>	

Názov /
Title:
Vlastník /
Owner:
JLR-RMP Reg. značka /
JLR-RMP Item No.:
JLR-RMP Klasifikácia /
JLR-RMP Classification:

ŽIADOSŤ O PRÍSPEVOK ZO SOCIÁLNEHO FONDU
APPLICATION FOR SOCIAL FUND ALLOWANCE
Michal Foltán
13.31
Interné /
Proprietary

Dátum vydania tlačiva /
Template issue date:
Dátum revízie tlačiva /
Template revision date:
Lehota uloženia /
Retention period:
11.12.2018
18.06.2020
12 rokov
12 years