



**فرم اعلام مبالغ کمک هزینه رفاهی کارکنان سازمان های وابسته**

جناب آقای .....

مدیر عامل / رئیس محترم سازمان .....

با سلام

احتراماً به استحضار می‌رساند مبالغ مربوط به کمک هزینه رفاهی کارکنان آن سازمان در ماه ..... سال ..... طبق دستورالعمل کمک هزینه رفاهی و ترمیم مزد کارکنان سازمان های وابسته (QMS-W67-1-3) به شرح جداول ذیل می‌باشد.

جدول ۱- کمک هزینه رفاهی مشمولین بند ۵-۲ دستورالعمل و مبلغ ذخیره

ردیف	موضوع	حداکثر مبلغ (ریال)	توضیحات
۱	کمک هزینه رفاهی کارکنان (مشمولین بند ۵-۲ دستورالعمل)		
۲	مبلغ باقیمانده ذخیره		
3	جمع مبلغ قابل پرداخت این ماه		

جدول ۲- کمک هزینه رفاهی مشمولین بند ۵-۱ دستورالعمل

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	کد پرسنلی	حداکثر مبلغ (ریال)	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱	جمع مبلغ				

خواهشمند است مبالغ قطعی قابل پرداخت معاونین، رؤسای ادارات و مسئولین امور منتخب و سایر کارکنان را مطابق فرم کمک هزینه رفاهی کارکنان سازمان های وابسته (QMS-Fr67-1-3-02)، به این معاونت اعلام نمایید.

رئیس اداره مالی و اقتصادی  
امضاء

مسئول امور مالی  
امضاء