.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

Załącznik Nr 2 do Regulaminu ZFŚS

Police, dn. .....

WNIOSEK
O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH
dla uprawnionych

Zwracam się z prośbą o:

☐ - przyznanie zapomogi losowej, doraźnej * *(niepotrzebne skreślić)* z powodu:

.....
.....
.....
.....

☐ - przyznanie pomocy finansowej w związku ze wzmożonymi wydatkami w okresie świąt: Wielkanoc, Boże Narodzenie * *(niepotrzebne skreślić)*

☐ - dofinansowanie kosztów wypoczynku pracowników, zorganizowanego we własnym zakresie (tzw. "wczasy pod gruszą")

☐ - dofinansowanie imprezy zorganizowanej przez Zakład Pracy dla min. 35 pracowników (np. wycieczka, uczestnictwo w wydarzeniu kulturalnym, etc.)

☐ - refinansowanie części poniesionych kosztów wczasów, sanatoriów i innych form zorganizowanego pobytu o charakterze rehabilitacyjno - rekreacyjnym, dla emerytowanych pracowników SOSW nr 1 i SOSW nr 2

☐ - świadczenie socjalne z tyt. .....

W tym celu składam (na odwrocie) oświadczenie o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej istniejącej w moim gospodarstwie domowym.

Mając na uwadze przepisy rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie zmian niektórych rozporządzeń zawierających wymóg przedkłądania zaświadczeń (Dz.U. nr 10/88 poz. 73), świadom odpowiedzialności prawnej, stwierdzam że podane w niniejszym wniosku informacje są prawdziwe.

Jestem świadomy / -a, że zgodnie z art. 8 ust. 1 i 1A ustawy z dnia 4 marca 1994r. o zakładowym funduszu świadczeń socjlanych (t.j. Dz.U. z 2019r. poz. 1352, ze zmianami) Pracodawca może żądać udokumentowania danych osobowych w zakresie niezbędnym do ich potwierdzenia. Potwierdzenie może odbywać się w szczególności na podstawie oświadczeń i zaświadczeń o sytuacji życiowej (w tym zdrowotnej), rodzinnej i materialnej osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu.

Zakładowa Komisja Socjalna, w dniu ..... :* *(wypełnić właściwe)*
- rekomenduje przyznanie Wnioskodawcy świadczenia socjalnego w wysokości: ..... zł, zgodnie z wnioskowanym rodzajem świadczenia
- rekomenduje nie przyznanie Wnioskodawcy wnioskowanego świadczenienia socjalnego z powodu:

.....
.....

Podpisy Komisji: (minimum 3 osoby wchodzące w skład Komisji, w tym 1 Przewodniczący)

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

.....
akceptacja Dyrektora SOSW nr 1 DNR

.....
kontrasygnata Głównego Księgowego

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ, RODZINNEJ I MATERIALNEJ PRACOWNIKA/EMERYTA SOSW NR 1 DNR

l.p.	osoby wchodzące w skład wspólnego gospodarstwa domowego			średnie miesięczne wynagrodzenie brutto z tytułu wykonywanej pracy (wszystkie umowy o pracę, kontrakty, etc.) - *średnią należy policzyć z wynagrodzeń brutto otrzymanych w ostatnich pełnych 3 miesiącach przed miesiącem składania wniosku*	średnie wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia / umowy o dzieło - *średnią należy policzyć z wynagrodzeń brutto otrzymanych w ostatnich pełnych 3 miesiącach przed miesiącem składania wniosku*	miesięczne świadczenie 500+	średnie miesięczne dochody brutto z: działalności gospodarczej, a także: alimenty, stypendia, emerytury, renty wraz ze wszystkimi dodatkami (z wyjątkiem dodatku pielęgnacyjnego i zasiłków rodzinnych), oszacowane przez wnioskodawcę dochody z ryczałtu ewidencjonowanego i karty podatkowej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz dochody z najmu posiadanych składników majątkowych - *średnią należy policzyć z innych dochodów brutto otrzymanych w ostatnich pełnych 3 miesiącach przed miesiącem składania wniosku*	łączne dochody brutto (suma kolumn od 4 do 7)
	uprawnieni		nazwisko i imię					
1	2		3	4	5	6	7	8
1.	pracownik / emeryt							
2.	małżonek / małżonka / partner / partnerka							
3.	dzieci w wieku nie przekraczającym 26 roku życia, w tym kontynuujące naukę na uczelniach wyższych lub studiach podyplomowych	dziecko (..... lat - *wpisać wiek dziecka*)						
4.		dziecko (..... lat - *wpisać wiek dziecka*)						
5.		dziecko (..... lat - *wpisać wiek dziecka*)						
6.		dziecko (..... lat - *wpisać wiek dziecka*)						
7.	inna osoba wchodząca w skład wspólnego gospodarstwa domowego (rodzic, rodzeństwo, etc.) - ..... (*wpisać stopień pokrewieństwa*)							
8.	inna osoba wchodząca w skład wspólnego gospodarstwa domowego (rodzic, rodzeństwo, etc.) - ..... (*wpisać stopień pokrewieństwa*)							
9	**dochody brutto łącznie (suma wierszy od 1 do 8)**							
10	łączne dochody brutto w gospodarstwie domowym (pozycja z kolumny 8, wiersz 9)							
11	liczba osób pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym (zgodna z liczbą osób wymienionych w kolumnie 2)							
12	**dochód brutto na 1 osobę we wspólnym gospodarstwie domowym (iloraz wiersz 10 i 11)**							

Proszę o formę wypłaty: (WYPEŁNIAJĄ TYLKO EMERYCI)

☐ przekaz pocztowy na adres: ..... (UWAGA! opłata pocztowa pomniejsza kwotę przyznanego świadczenia)

☐ przelew na rachunek bankowy: .....

Police, dnia .....

.....

(**czytelny** podpis pracownika/emeryta wypełniającego oświadczenie)

KLAUZULA INFORMACYJNA
DLA OSÓB KTÓRYCH DANE SĄ PRZETWARZANE W ZWIĄZKU Z ZFŚS

A. Przyjmuję do wiadomości, że:

1) administratorem moich danych osobowych jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 1 Dla Dzieci Niepełnosprawnych Ruchowo im. Marii Grzegorzewskiej w Policach , ul. Janusza Korczaka 45, 72-010 Police (dalej zwany SOSW nr 1 w Policach);
2) w przypadku pytań i wątpliwości dotyczących przetwarzania moich danych mogę się zwrócić do Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe: Małgorzata Górka, email: inspektor@danych.osobowych.pl tel. 500-071-091;
3) dane osobowe przetwarzane będą w celach związanych z działalnością ZFŚS oraz spełnienia obowiązków archiwizacyjnych;
4) podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych oraz art. 8 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych oraz Ustawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
5) dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania ulgowej usługi i świadczenia, dopłaty z funduszu oraz ustalenia ich wysokości, a także przez okres niezbędny do dochodzenia praw lub roszczeń oraz zgodnie z wymogami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
6) odbiorcami moich danych osobowych są:
   - ✓ upoważnieni pracownicy SOSW nr 1 w Policach, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki;
   - ✓ podmioty przetwarzające – którym SOSW nr 1 w Policach zleci czynności przetwarzania danych, jeśli będzie to konieczne. Dostęp tych podmiotów będzie ograniczony wyłącznie do możliwości wglądu do informacji w związku ze świadczeniem usług wsparcia technicznego, prawnego lub archiwizacyjnego. Odbiorców tych obowiązuje klauzula zachowania poufności danych;
   - ✓ podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa (np. instytucje kontrolne), w przypadku uzasadnionego żądania;
7) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo poprawiania, sprostowania, usunięcia w sytuacji gdy przetwarzanie nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa, prawo do wyrażenia sprzeciwu, prawo do ograniczenia przetwarzania danych (jeśli przepisy szczególne nie wyłączają tego prawa), prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
8) podanie danych osobowych nie jest obowiązkowe, ale może być warunkiem niezbędnym do zrealizowania wniosku i przyznania ulgowej usługi i świadczenia, dopłaty z Funduszu oraz ustalenia ich wysokości;
9) w odniesieniu do moich danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany oraz nie będzie stosowane profilowanie, dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy;

B. Zobowiązuję się przekazać treść powyższej klauzuli informacyjnej wszystkim osobom, których dane udostępniłam/em we wniosku o przyznanie ulgowej usługi / świadczenia / dopłaty z ZFŚS;

C. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez:

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 1 Dla Dzieci Niepełnosprawnych
Ruchowo im. Marii Grzegorzewskiej w Policach ,
ul. Janusza Korczaka 45, 72-010 Police,

moich danych osobowych, zawartych w przedłożonej dokumentacji, w związku z postępowaniem w ramach ZFŚS.

.....

Podpis osoby, której dane są przetwarzanie w ramach ZFŚS

2)

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI UZYSKIWANYCH DOCHODÓW

Oświadczam, że zgodnie z decyzją Nr ....., wydaną przez .....
(wpisać numer decyzji) (wpisać nazwę organu wydającego decyzję)

w dniu ....., kwota otrzymywanej przeze mnie miesięcznej emerytury / renty, kwota otrzymywanej
(wpisać datę wydania decyzji)

przeze mnie miesięcznej emerytury / renty wynosi brutto ..... zł

(słownie: ..... zł brutto)
(wpisać słownie kwotę brutto miesięcznej emerytury / renty)

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)