

.....  
(imię i nazwisko)

Police, dn. ....

.....  
(adres)

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE 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 przedkładania 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 socjalnych (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 właściwie)

- rekomenduje przyznanie Wnioskodawcy świadczenia socjalnego w wysokości: ..... zł, zgodnie z wnioskowanym rodzajem świadczenia

- rekomenduje nie przyznanie Wnioskodawcy wnioskowanego świadczenia 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

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ, RODZINNEJ I MATERIALNEJ PRACOWNIKAWEMERYTA SOSW NR 1 DNR

l.p.	osoby wchodzące w skład wspólnego gospodarstwa domowego		nazwisko i imię	średnie miesięczne wynagrodzenie brutto z tytułu wykonywanej pracy (wszystkie umowy o pracę, kontrakty, etc.) - średnią należy policzyć z wynagrodzeń brutto otrzymanych w ostatnich 3 miesiącach przed miesiącem składania wniosku	średnie wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia / umowy o dzieło - średnią należy policzyć z wynagrodzeń brutto otrzymanych w ostatnich 3 miesiącach przed miesiącem składania wniosku	miesięczne świadczenie 800+	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 tytułu 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 3 miesiącach przed miesiącem składania wniosku	łącznie dochody brutto (suma kolumn od 4 do 7)
	1	2						
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	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	<b>dochody brutto łącznie (suma wierszy od 1 do 8)</b>							
10	łącznie 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	<b>dochód brutto na 1 osobę we wspólnym gospodarstwie domowym (iloraz wiersz 10 i 11)</b>							

Proszę o formę wypłaty: (WYPELNIAJĄ TYLKO EMERYCI!)

przekaz pocztowy na adres: .....

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: Agnieszka Kwaśnik, e-mail: [iod@valven.pl](mailto:iod@valven.pl), tel: 788 353 115;
- 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) Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.
- 10) 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  
przetwarzane w ramach ZFŚS*