Załącznik nr 4 do Regulaminu ZFŚS

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

……………………………………. Gozdnica, …………………..

 (nazwisko i imię pracownika) (miejscowość, data)

…………………………………………………..

 (adres zamieszkania)

…………………………………………………..

 (miejsce pracy, emeryt., rencista\*)

 **Dyrektor**

 **Zespołu Szkolno – Przedszkolnego**

 **w Gozdnicy**

**Pomoc finansowa**

Proszę o przyznanie pomocy finansowej, z powodu ………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w tym danych szczególnych kategorii dotyczących zdrowia w celu związanym z przyznawaniem w/w świadczenia
z Funduszu.

Proszę o przekazanie świadczenia socjalnego:

na konto…………………………………………………………………………………..

 lub odbiorę osobiście: TAK/ NIE*\**.

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

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że wysokość średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym – wyliczona za ostatnie trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia oświadczenia wynosi (odpowiednie podkreślić):

1. do 4500 zł
2. od 4501,00 zł do 5500,00 zł
3. od 5501,00 zł do 6500, 00 zł
4. od 6501,00 zł

**Za dochód uważa się:**

a) wynagrodzenie uzyskiwane w ramach stosunku pracy, z tytułu umów zlecenia, umowy o dzieło, umowy agencyjnej lub umowy
 o pracę nakładczą,

b) dochody z tytułu: członkostwa spółdzielni, wykonywania wolnego zawodu, działalności twórczej lub artystycznej, działalności
 gospodarczej,

c) świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,

d) emerytury, renty inwalidzkie, renty rodzinne wraz ze wszystkimi dodatkami, z wyjątkiem dodatków pielęgnacyjnych,

e) stypendia, zasiłki rodzinne, renty socjalne, zasiłki stałe,

f) dochód z pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym,

g) dochód z tytułu prowadzenia działalności objętej podatkiem,

h) zasiłki przysługujące bezrobotnym,

i) inne.

2. Od dochodów odlicza się sumę płaconych alimentów.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

Informuję, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Zespół Szkolno – Przedszkolny w Gozdnicy
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych adres e-mail: iodo@gozdnica.pl

Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz. U. UE. L. 119. 1 z 04.05.2016r.)

1. Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane w celu realizacji świadczeń socjalnych przez Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych,
2. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres określony przepisami prawa, tj. ustawą o rachunkowości i ustawą
o podatku dochodowym od osób fizycznych i innymi.
3. Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowaniu, do cofnięcia zgody
w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
4. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
5. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO (Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
6. Pani/Pana dane osobowe:

- nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani żadnej organizacji międzynarodowej,

- nie będą przetwarzane w sposób automatyzowany i nie będą profilowane.

1. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym do objęcia Pani/Pana świadczeniami realizowanymi przez Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych, a ich niepodanie będzie skutkowało nieobjęciem świadczeniami.

 ………………………………………………………

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*niepotrzebne skreślić*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

Przyznano świadczenie rzeczowe/finansowe o wartości/w kwocie\*…………………………

(słownie zł: ……………………………………………………………………………………)

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

 *(podpis ZNP)* (data i podpis dyrektora)