Załącznik nr 4 do Regulaminu ZFŚS

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

……………………………………. ………………………………

 ( nazwisko i imię pracownika) ( miejscowość, data)

…………………………………………………..

 (adres zamieszkania)

…………………………………………………..

 (miejsce pracy, emeryt., rencista\*)

 **Dyrektor**

**Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 5 w Żaganiu**

**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*\**.

 \**niepotrzebne skreślić*

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 2 300,00 zł

2) od 2 301,00 zł do 2 800,00 zł

3) od 2 801,00 zł do 3 300,00 zł

4) od 3 301,00

**Za dochód uważa się:**

1. wynagrodzenie uzyskiwane w ramach stosunku pracy, z tytułu umów zlecenia, umowy o dzieło, umowy agencyjnej lub umowy o pracę nakładczą,
2. dochody z tytułu: członkostwa spółdzielni, wykonywania wolnego zawodu, działalności twórczej lub artystycznej, działalności gospodarczej,
3. świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
4. emerytur , renty inwalidzkie, renty rodzinne wraz ze wszystkimi dodatkami, z wyjątkiem dodatków pielęgnacyjnych,
5. stypendia, zasiłki rodzinne, renty socjalne, zasiłki stałe,
6. dochód z pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym,
7. dochód z tytułu prowadzenia działalności objętej podatkiem,
8. zasiłki przysługujące bezrobotnym,
9. inne.
10. Od dochodów odlicza się sumę płaconych alimentów.

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 5 w Żaganiu przy ul. Nocznickiego 18, 68-100 Żagań Tel. 68 377 33 75,e-mail: zsp5@um.zagan.pl
* dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Jędrzej Bajer.

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 – RODO.

* Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie w celu realizacji świadczeń socjalnych przez Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych.
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony przepisami prawa tj. ustawą o rachunkowości i ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych i innymi.
* Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania.
* Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
* Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pan danych osobowych.
* W przypadku gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie Pani/Pan danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
* Pani/Pana dane osobowe:
* nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani żadnej organizacji międzynarodowej,
* nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
* Podanie przez Panią/Pana 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)

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

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

Przyznano świadczenie finansowe w kwocie ……………………………………….……..brutto

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

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

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