Świętochłowice, dn. …………..

Imię i Nazwisko miejsce zamieszkania, tel.

stanowisko

**WNIOSEK**

o przyznanie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

- wypoczynek organizowany we własnym zakresie tzw. “wczasy pod gruszą” dla dzieci uprawnionych

Proszę o przyznanie dofinansowania ze środków ZFŚS na wypoczynek zorganizowany we własnym zakresie tzw. “wczasy pod gruszą” dla mojego dziecka/moich dzieci

……………………………..…...…………………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko dziecka/dzieci*

Świętochłowice, dn. ………………………………. ……………………………………………………..

*Podpis wnioskodawcy*

Oświadczenie

# sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby uprawnionej zamierzającej skorzystać ze świadczenia finansowanego z ZFŚS średnia miesięczna z okresu ostatnich trzech pełnych miesięcy brutto

**Wypełniają wyłącznie emeryci i renciści:**

Oświadczam, że moim ostatnim zakładem pracy była Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 17 w Świętochłowicach lub Szkoła Podstawowa nr 15 w Świętochłowicach.

**…………..………………………………….…………**

*Podpis osoby składającej oświadczenie*

**Oświadczam, że dochody w moim gospodarstwie domowym zawierają się w przedziale** (właściwy zaznaczyć):

do 2999,99 zł brutto/os./m-c 3000 – 3999,99 zł brutto/os./m-c

4000 – 4999,99 zł brutto/os./m-c od 5000 zł brutto/os./m-c1

Tab. Stan osobowy gospodarstwa domowego, informacja o przychodach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię**  **i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Data urodzenia (dzieci)** | **Rodzaj świadczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Oświadczam, że ww. dane są prawdziwe i jest mi znana odpowiedzialność karna

**za podanie danych niezgodnych z prawdą.**

*……………………………………………… Podpis osoby składającej oświadczenie*

1 w przypadku zaznaczenia najwyższej grupy dochodowej można pominąć wypełnianie informacji w tabeli

**Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, o tym, że:**

* 1. administratorem danych osobowych jest Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 17 im. Gustawa Morcinka mająca siedzibę w Świętochłowicach przy ul. Armii Krajowej 14;
  2. z administratorem można się skontaktować poprzez adres email: [iod@mamrodo.p](mailto:iod@mamrodo.pl)l lub telefonicznie: 32 438 68 06.;
  3. dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 8 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, który stanowi, że przyznawanie ulgowych usług i świadczeń oraz wysokość dopłat finansowanych ze środków przeznaczonych na działalność socjalną uzależnia się od sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby uprawnionej, w związku z art. 6 ust. 1 lit. a i c 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), publikacja: 4.5.2016 PL Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119, w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
  4. odbiorcą danych osobowych mogą być operator pocztowy, podmioty wykonujące usługi niszczenia i archiwizacji dokumentacji;
  5. dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji świadczenia i zostaną zniszczone po upływie okresu, o którym mowa w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym u administratora;
  6. podmiotowi danych przysługuje prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach przewidzianych przepisami prawa;
  7. dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych oraz innych podmiotów zewnętrznych, poza przypadkami określonymi w przepisach prawa;
  8. dane nie będą podlegały profilowaniu, nie będą w oparciu o nie również podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany;
  9. podmiotowi danych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych: Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon: 22 860 70 86;
  10. podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia wniosku. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi rozpatrzenie wniosku.

# Ustalenia

………………………………..………… (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Decyzją Dyrektora **przyznaje się/ nie przyznaje się** dofinansowanie/dofinansowania ze środków ZFŚS na zasadzie bezzwrotnego świadczenia wnioskodawcy w wysokości …………..….

słownie…………………………………..…………………………………..…………….

*Świętochłowice, data Pieczątka imienna i podpis pracodawcy*