Wzór nr 5a



Świętochłowice, dn. …………..

Imię i Nazwisko



miejsce zamieszkania, tel.



stanowisko



**WNIOSEK**

o przyznanie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

zapomogi socjalnej pieniężnej bądź rzeczowej

Proszę o przyznanie pomocy pieniężnej lub rzeczowej ze środków ZFŚS z uwagi na trudną sytuację materialną, życiową i/lub rodzinną.

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

*Podpis wnioskodawcy*

**Oświadczenie**

**o 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-c[[1]](#footnote-0)

Tab. Stan osobowy gospodarstwa domowego, informacja o przychodach:

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

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

| **za podanie danych niezgodnych z prawdą.** |  |
| --- | --- |
|  | *Podpis osoby składającej oświadczenie*  |

Wzór nr 5a



**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.pl 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.

 ………………………………..…………

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Ustalenia**

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*



1. w przypadku zaznaczenia najwyższej grupy dochodowej można pominąć wypełnianie informacji w tabeli [↑](#footnote-ref-0)