***Załącznik nr 1***

…………………………………, dn. ……………………………….

**WNIOSEK**

o przyznanie świadczenia socjalnego ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych przy Zespole Placówek Oświatowych Policzna.

Wnioskodawca/ osoba uprawniona- ……………………………………………………………

 *(imię i nazwisko)*

Zwracam się o przyznanie - ………………………………………………………………………………………………..…

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

*( dokładne określenie formy świadczenia socjalnego)*

Uzasadnienie wniosku - …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Do wniosku dołączam niezbędne do uzyskania świadczenia dokumenty :

*………………………………………………………………………………………………………………*

**OŚWIADCZENIE O STANIE I DOCHODACH RODZINY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię wnioskodawcy oraz członków rodziny uprawnionych do korzystania z ZFŚS \*** | **Data urodzenia** **(dotyczy dzieci)** | **Stopień pokrewieństwa** |
| **1.** |  | **-------------------** | **wnioskodawca** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Członkami rodzin uprawnionymi do korzystania z ZFŚS zgodnie z Regulaminem są:

1. współmałżonkowie,
2. dzieci (w wieku do lat 18, a jeżeli się kształcą w szkole lub studiują do czasu ukończenia nauki, nie dłużej jednak niż do 25 roku życia) , własne, przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej pozostające na utrzymaniu osoby uprawnionej,

c) dzieci po zmarłym pracowniku (emerycie, renciście) do ukończenia 18 lat, a uczące się do ukończenia 25 lat.

Oświadczam, że średni miesięczny **dochód** **brutto** (wyliczony z trzech ostatnich miesięcy) mój i członków rodziny uprawnionych do korzystania z ZFŚS w przeliczeniu na 1 osobę

przekracza\* / nie przekracza \* **……………………....….** zł.

**\*niepotrzebne skreślić**

**Forma wypłaty świadczenia.** Należy zaznaczyć wybraną formę**.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Przelew na konto** | Nr konta ……………………………………………………………… |
| **2.** | **Wypłata w kasie Urzędu Gminy** |

*Oświadczenie jest dokumentem w rozumieniu art.245 Kodeksu postępowania cywilnego. Powyższe oświadczenie składam świadomy/a skutków karno-prawnych za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy ( art.233 i art.271§ 1i3 Kodeksu karnego).*

 …….……………….………………………………..

( data i podpis wnioskodawcy)

**Oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z *Regulaminem Gospodarowania Środkami ZFŚS obowiązującym w ZPO Policzna* oraz *Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych stanowiącą Załącznik nr 2 do Regulaminu* i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zespół Placówek Oświatowych Policzna, reprezentowany przez Dyrektora ZPO, podanych przeze mnie danych osobowych, zawartych w dokumentach składanych w związku z udzielaniem świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, dla potrzeb niezbędnych do ich realizacji i dokumentacji, zgodnie z art. 13 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1.

*Informujemy, iż: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Placówek Oświatowych Policzna (ul. Żeromskiego44,26-720 Policzna, telefon kontaktowy:48677 0442).*

 …….……………….………………………………..

(data i podpis wnioskodawcy)

**Propozycja Komisji Socjalnej o przyznaniu świadczenia z Funduszu:**

Przyznano świadczenie z ZFŚS w wysokości: …………………………...…………………

słownie: ………………………………………………………………………………………

Nie przyznano świadczenia z ZFŚS z powodu ……………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Podpisy członków komisji:

1. ….………….…………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………
4. …………………………………………………
5. …………………………………………………

Decyzja dyrektora zgodna z propozycją Komisji Socjalnej.

*…………………………………………….. …………………………………*

*( pieczęć) ( podpis)*