Załącznik nr 3 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**

**w Gozdnicy**

Proszę o dofinansowanie wypoczynku:

1……………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko uprawnionego)

2.………………………………………………………………………………

(imię i data urodzenia dziecka, nazwa szkoły)

3……………………………………………………………………………….

(imię i data urodzenia dziecka, nazwa szkoły)

4……………………………………………………………………………….

(imię i data urodzenia dziecka, nazwa szkoły)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych 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)

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

*\*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 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 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)

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

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

Przyznano dofinansowanie do wypoczynku w kwocie: ………………………………………

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

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

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