

**WNIOSEK
O UDZIELENIE ULGOWEGO ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO**

A.

Imię i nazwisko.....

Dział/Zespół

***** **Adres** **zamieszkania**

.....

***Nr** **konta** **bankowego**

.....

Proszę o przyznanie dla mnie i mojej rodziny:

.....

.

.....

(wpisać imiona członków rodziny i stopień pokrewieństwa)

.....

.

.....

.

(wpisać rodzaj świadczenia z ZFŚS)

**B. OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ, RODZINNEJ I MATERIALNEJ OSOBY
UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA ZE ŚRODKÓW ZFŚSOCJALNYCH**

Ja, niżej podpisany, niniejszym oświadczam, że :

Średni miesięczny dochód ** w mojej rodzinie wyniósł:

- dochody wnioskodawcy

- dochody pozostałych członków rodziny
(dochód współmałżonka., renta rodzinna, alimenty itp.)

- dochody z gosp. rolnego
(podać ilość ha przeliczeniowych)

- razem dochód

co w przeliczeniu na osób będących na moim utrzymaniu stanowi
na jedną osobę.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem,
świadomy odpowiedzialności określonej w § 14 regulaminu ZFŚS.

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

* dotyczy emerytów, rencistów i osób dodatkowo objętych pomocą z zfśsocjalnych oraz osób, które nie wskazały konta pracodawcy

** Dochód to dochód brutto, pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, składki emerytalne, rentowe i chorobowe

Termin urlopu wypoczynkowego wr. tj. dni kalendarzowych

.....Czytelny podpis pracownika służby
pracowniczej

Wypłata poprzedniego świadczenia „wpg”

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr emerytury/renty)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że Dom Pomocy Społecznej w Legnickim Polu jest/nie jest* moim ostatnim miejscem, w którym świadczyłam/łem pracę w oparciu o stosunek pracy.

.....
(data i czytelny podpis)

*(niepotrzebne skreślić)

.....

±

Klauzula informacyjna

Informuję, że zgodnie z art. 13 ust. 1 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 z 2016 r. Nr 119, str. 1), zwanego dalej RODO, administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Dom Pomocy Społecznej w Legnickim Polu przy ul. Benedyktynów 4, 59-241 Legnickie Pole.

Dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia, po spełnieniu kryteriów określonych w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, ulgowego świadczenia socjalnego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit a ww. Rozporządzenia, ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy oraz art. 27 ust. 1 ustawy z 23.5.1991 r. o związkach zawodowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w okresie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. Podanie danych jest dobrowolne ale konieczne do udzielenia ulgowego świadczenia socjalnego z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych utworzonego w Domu Pomocy Społecznej w Legnickim Polu.

Oświadczam, że zapoznałam/em z treścią powyższej klauzuli i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie danych zawartych w ww. wniosku w celu udzielenia, po spełnieniu kryteriów określonych w Regulaminie ZFŚS, ulgowego świadczenia socjalnego z ZFŚS utworzonego w Domu Pomocy Społecznej w Legnickim Polu.

.....
miejscowość, data

.....
własnoręczny podpis