…….. ……..

imię i nazwisko miejscowość, data

……..

Stanowisko/ zespół /dział

.....

adres zamieszkania

Wniosek o przyznanie pomocy bezzwrotnej tzw. „zapomogi" z ZFŚS

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi pomocy bezzwrotnej w związku z :

1) długotrwałą chorobą,*
2) pożarem, powodzią i innymi klęskami żywiołowymi,*
3) śmiercią członka rodziny,*
4) w związku z trudną sytuacją rodzinną i materialną*

Jako uzasadnienie podaję:

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

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)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:
.....
.....
(np. zaświadczenie lekarskie, rachunki za leki lub usługi medyczne, zaświadczenie z policji, zaświadczenie ze straży pożarnej, akt zgonu, inne ……)

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

……..
(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 *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 przyznania, po spełnieniu kryteriów określonych w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, 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 – pomocy bezzwrotnej. 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 określanym 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 przyznania pomocy bezzwrotnej 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. informacji w celu przyznania, po spełnieniu kryteriów określonych w Regulaminie ZFŚS, pomocy bezzwrotnej z ZFŚŚ utworzonego w Domu Pomocy Społecznej w Legnickim Polu.

…….. ……..

miejscowość, data własnoręczny podpis