

.....
(imię i nazwisko)

Załącznik nr 3 do ZFŚS
SPPSMiS w Nowym Sączu

.....
(adres zamieszkania)

Wniosek o przyznanie świadczenia socjalnego z ZFŚS

Wnioskuje o przyznanie mi zgodnie z Regulaminem ZFŚS następującego świadczenia:

.....
(Wymienić rodzaj świadczenia np. zapomoga zdrowotna, świadczenie rzeczowe w postaci bonów)

I Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób uprawnionych do świadczeń z ZFŚS:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa lub innej relacji osobistej
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

II. Zobowiązuję się poinformować Szkołę Policealną Pracowników Służb Medycznych i Społecznych im. J. Wolskiej w Nowym Sączu o wszelkich zmianach mających istotny wpływ na moją sytuację materialną i rodzinną, opisaną w niniejszym wniosku oraz oświadczeniu będącym załącznikiem do wniosku.

III. Do wniosku załączam:

- 1) oświadczenie o mojej sytuacji materialnej
- 2)
- 3)
- 4)

IV. Uzasadnienie (należy wskazać okoliczności uzasadniające przyznanie pomocy)

.....
(Podpis Wnioskodawcy)

V. Opinia Komisji Socjalnej

VI. Podpisy członków Komisji Socjalnej

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |
| | 5. |

VII. Data i podpis Dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym o stanie zdrowia, przez Szkołę Policealną Pracowników Służb Medycznych i Społecznych im. J. Wolskiej w Nowym Sączu, ul. Jagiellońska 45, w celu i w zakresie objętym Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, o tym, że:

- 1) podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, jednak ich brak uniemożliwia rozpatrzenie wniosku,
- 2) administratorem, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz 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), moich danych osobowych jest Szkoła Policealna Pracowników Służb Medycznych i Społecznych im. J. Wolskiej w Nowym Sączu, ul. Jagiellońska 45, przekazane dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji i w zakresie objętym Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Policealnej Pracowników Służb Medycznych i Społecznych im. J. Wolskiej w Nowym Sączu, ul. Jagiellońska 45, administrator nie będzie przekazywać danych osobowych innym odbiorcom,
- 3) przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych i możliwości ich poprawiania i sprostowania oraz – w zakresie wynikającym z przepisów – do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
- 4) przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego dla przetwarzania danych.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

złożone dla ustalenia wysokości dochodów (**dochód brutto = przychód – koszty uzyskania przychodu**) na członka rodziny na podstawie zeznań podatkowych^{*)} ^{**)} za rok

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

1. dochody roczne moje w wysokości zł brutto
2. dochody roczne męża/ żony w wysokości zł brutto
3. wszystkie świadczenia z opieki społecznej uzyskane w roku poprzednim (np. program 500 +)
w wysokości zł brutto

RAZEM: zł/ rok

*) W przypadku **przychodu z działalności gospodarczej** przyjmuje się kwoty faktycznie uzyskane, nie niższe jednak niż **60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia** (tj. kwota najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą).

***) W przypadku **przychodu z gospodarstwa rolnego** przyjmuje się faktycznie uzyskany przychód, nie niższy jednak niż dochód ogłaszany przez Prezesa GUS dla celów podatku rolnego z 1 ha przeliczeniowego.

.....
(Podpis Wnioskodawcy)

Wypełnia pracownik ds. rozliczenia ZFŚS:

Stwierdzam, że średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym w roku wyniósł zł brutto (słownie złotych:).

.....
(Podpis osoby upoważnionej)