*Załącznik nr 1 do Regulaminu ZFŚS*

*Małopolskiego Zespołu Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu*

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

 *(imię i nazwisko)*

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

 *(adres zamieszkania)*

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ, RODZINNEJ I MATERIALNEJ,**

**W TYM O DOCHODACH NA ROK ..........................**

**niezbędne do określenia wysokości świadczeń finansowanych z ZFŚS**

1. Informuję, że: w skład mojej rodziny, poza mną, wchodzą następujące osoby, które zgodnie z Regulaminem są uprawnione do korzystania z ZFŚS / jestem osobą samotną1):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Pracuje2)/ nie pracuje3) / uczy się4) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Niniejszym oświadczam, że w minionym roku całkowite dochody brutto mojej rodziny, ustalone na podstawie zeznań podatkowych PIT i nie tylko, uwzględniające (proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy) 2):
* składniki wynagrodzeń osobistych, w tym wynagrodzenia dodatkowe,
* zasiłki z ubezpieczenia społecznego (z wyjątkiem pogrzebowych, porodowych i rodzinnych),
* emerytury i renty, w tym renty rodzinne,
* dochód z gospodarstwa rolnego5) lub z działalności rolniczej,
* dochód z pracy nakładczej, ajencyjnej, wolnego zawodu, działalności wytwórczej i artystycznej,
* zasiłek wychowawczy,
* zasiłek dla bezrobotnych,
* alimenty,
* stypendia,
* zapomogę zdrowotną od organu prowadzącego dla nauczycieli, nauczycieli rencistów i nauczycieli emerytów,
* dochody z działalności gospodarczej,6)
* inne dochody (w tym z rządowych programów społecznych, np. 500+, 300 na start i in.): …………….…….……………………

 wyniosły:

* łączny dochód brutto (a):...............................................................................................
* liczba osób uprawnionych w rodzinie (b):.....................................................................
* średni miesięczny dochód brutto na 1 osobę w rodzinie (a**/**12b):..................................
1. Oświadczam, że mój współmałżonek/ współmałżonka/ inny członek rodziny wspólnie ze mną zamieszkujący1) nie prowadzi działalności gospodarczej i nie pracuje zarobkowo, ani nie osiągał żadnych dochodów z innego tytułu w roku ….……. / nie dotyczy1).

1)niepotrzebne skreślić.

2)w przypadkupracy zarobkowej lub innej formy osiągania dochodów wnioskodawcy oraz pozostałych członków rodziny wspólnie zamieszkujących należy zaznaczyć w pkt. 2 wszystkie źródła osiąganych dochodów, a następnie uwzględnić ich łączną wartość w pkt. 2(a).

3) w przypadkunie osiągania dochodówprzezwspółmałżonka lub innych członków rodziny wspólnie zamieszkujących należy prawidłowo wypełnić oświadczenie w pkt. 3.

4)jeśli dziecko powyżej 18 roku życia jest na utrzymaniu rodziców (uczy się, studiuje), to należy załączyć oświadczenie o kontynuowaniu nauki i pobieraniu/ niepobieraniu stypendium; w przypadku niepełnosprawności ciężkiej lub lekkiej dziecka należy dostarczyć zaświadczenie potwierdzające jego niepełnosprawność.

5) 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.

6) 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).

1. Inne informacje, istotne z punktu widzenia oceny sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby składającej oświadczenie:

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

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

Załączniki:

1. …………………………………………………………………..
2. …………………………………………………………………..
3. …………………………………………………………………..

Niniejsze oświadczenie jest dokumentem w rozumieniu art. 245 Kodeksu postępowania cywilnego. Dlatego własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość przedstawionych danych, będąc świadomym(ą) skutków karno-prawnych podania nieprawdy lub zatajenia prawdy zgodnie z art. 271 Kodeksu Karnego. Jednocześnie zobowiązuję się na wezwanie Pracodawcy do dostarczenia dokumentów wymienionych przez Pracodawcę w wezwaniu w celu potwierdzenia mojej sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej.

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

*(data i podpis wnioskodawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PORZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

1. Wszystkie zawarte powyżej dane osobowe zostały przekazane dobrowolnie.
2. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie przez Pracodawcę moich danych osobowych, w tym o stanie zdrowia, zawartych w dokumentach składanych w związku z udzielaniem świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, dla potrzeb niezbędnych do ich realizacji i dokumentacji, zgodnie z Rozporządzeniem 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).
3. W przypadku zmiany mojej sytuacji rodzinnej/ finansowej, mającej wpływ na średni dochód lub pozostałe przysporzenia i wysokość dofinansowania lub refundacji wg zasad określonych w Regulaminie ZFŚS, zobowiązuję się do niezwłocznej aktualizacji danych ujętych w niniejszym Oświadczeniu.

Ponadto oświadczam, iż poinformowano mnie, że:

1. podanie danych osobowych jest konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
2. administratorem danych osobowych jest Małopolski Zespół Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu przy ul. Jagiellońskiej 61, email: sekretariat@medykns.eu.
3. odbiorcą danych osobowych będą osoby upoważnione przez Administratora do przetwarzania danych osobowych oraz uprawnione organy publiczne, w związku z obowiązkami prawnymi.
4. dane będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne w celu przyznania świadczenia socjalnego z Funduszu oraz ustalenia jego wysokości, a także przez okres dochodzenia praw lub roszczeń.
5. osobą do kontaktu w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych, email: iodspiewak@gmail.com.
6. mam prawo do dostępu do treści moich danych oraz danych członków mojej rodziny i gospodarstwa domowego.
7. mam prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych **w dowolnym momencie**, sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania i prawie do przenoszenia danych.
8. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

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

*(data i podpis wnioskodawcy)*