

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Wniosek o przyznanie świadczenia socjalnego z ZFŚS

1. 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.			
6.			

II. Oświadczam, że łączny dochód z wszelkich tytułów wszystkich osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego **w roku podatkowym poprzedzającym złożenie wniosku** wyniósł: zł, zaś średni dochód miesięczny na osobę w rodzinie: zł.

III. Zobowiązuję się poinformować Szkołę Policealną Pracowników Służb Medycznych i Społecznych im. J.Wolskiej w Nowym Sączu o wszelkich zmianach mojej sytuacji materialnej i rodzinnej.

IV. Do wniosku załączam:

- 1)
- 2)
- 3)

V. Uzasadnienie (należy wskazać okoliczności uzasadniające przyznanie pomocy)

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

.....
Podpis Wnioskodawcy

VI. Opinia Komisji Socjalnej

.....
.....

VII. Podpisy członków Komisji Socjalnej

1.
2.
3.
4.

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 2016 r. poz. 922) 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,
- 3) 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,
- 4) 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,
- 5) przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego dla przetwarzania danych.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

