Załącznik nr 3

W N I O S E K

O przyznanie zapomogi …………………..

Z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………

2. Jednostka organizacyjna ……………………………………………………

3. Stanowisko ………………………………. 4. Nr telefonu …………………………

5. Proszę o przyznanie zapomogi …………………….. z powodu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D A N E D O T Y C Z Ą C E D O C H O D U

Dochód należy obliczyć w oparciu o deklarację roczną PIT składaną do Urzędu Skarbowego za rok ubiegły odejmując od przychodu koszty uzyskania oraz składki na ubezpieczenie społeczne. Wysokość dochodu powiększają wszystkie przychody nie ujęte w rozliczeniu podatkowym np. alimenty, renty rodzinne i itp.

Osobom samotnym, samotnie wychowującym dzieci, wychowującym dzieci będące inwalidami podwyższa się progi dochodu o 50%

6. Łączna ilość osób we wspólnym gospodarstwie domowym: ………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Pokrewieństwo | Data  Urodzenia | Szkoła/praca/ alimenty/ renta/inne |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

7. Oświadczam, że moje dochody w przeliczeniu na jednego członka rodziny mieszczą się w przedziale

- proszę postawić znak „ X” przy odpowiednim progu dochodu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCHÓD** | | |
| **OD** | **DO** |  |
|  | **2 000,00 zł** |  |
| **2 001,00 zł** | **3 500,00 zł** |  |
| **3 501,00 zł** | **5 000,00 zł** |  |
| **Powyżej 5 001,00 zł** |  |  |

8. Do wniosku dołączam dokumenty:

……………………………………………

…………………………………………….

Ja, niżej podpisany, poinformowany o tym, że poniższe oświadczenie potwierdzone własnoręcznym podpisem jest dokumentem w rozumieniu art. 245 Kodeksu postępowania cywilnego i może być zweryfikowane w trybie i na warunkach określonych w art. 253 tegoż kodeksu, uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 & 1 Kodeksu karnego, potwierdzając własnoręcznym podpisem prawdziwość danych.

Podanie danych osobowych jest niezbędne w celu rozpatrzenia składanego wniosku i podjęcia decyzji w sprawie udzielenia świadczenia z ZFŚS. Jeżeli uzasadnieniem przyznania świadczenia jest stan zdrowia wnioskodawcy lub członka rodziny wnioskodawcy, podanie tych informacji jest niezbędne w celu umożliwienia dokonania oceny składanego wniosku i przyznania stosownej pomocy. Przetwarzanie danych osobowych jest obowiązkiem prawnym (art. 6 ust.1 lit c RODO) ciążącym na Administratorze danych w związku z realizacją zadań wynikających z art. 8 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2191 ze zm.). Ponadto przetwarzanie szczególnych kategorii danych, takich jak stan zdrowia, jest niezbędne w celu wypełnienia obowiązków i specjalnych uprawnień w dziedzinie prawa pracy i ochrony socjalnej (art. 9 ust. 2 lit. B RODO). Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 i 14 RODO w zakresie przetwarzania danych osobowych w ZFŚS.

Pabianice, dnia ………………………… ………………………………………… czytelny podpis wnioskodawcy)