

**Załącznik nr 4
do Regulaminu ZFŚS
Zespołu Szkół Specjalnych w Czeladzi**

....., dnia.....
(miejsowość)

.....
(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

.....
(adres zamieszkania: ulica, numer domu, lokalu)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

**WNIOSEK
o przyznanie ze środków ZFŚS
bezwrotnej zapomogi losowej /bezwrotnej zapomogi socjalnej***

Zwracam się z prośbą przyznanie mi bezwrotnej zapomogi losowej/
/socjalnej*(niepotrzebne skreślić) z tytułu (np. wypadku, klęski żywiołowej, długotrwałej
choroby, śmierci, trudnej sytuacji materialnej itp.).....

Moja sytuacja rodzinna i życiowa wygląda następująco:.....

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

Do wniosku dołączam (np. wypis ze szpitala, zaświadczenie lekarskie, zaświadczenie
o wydarzeniu losowym, faktury potwierdzające poniesione koszty itp.):

1.
2.
3.

.....
(podpis osoby uprawnionej)

Oświadczenie i inne dokumenty składam w celu określenia wysokości świadczeń udzielanych
z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i zgodnie z art. 75 Kodeksu postępowania
cywilnego, **uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 286 Kodeksu karnego**
o wprowadzeniu w błąd w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, **prawdziwość powyższych**
danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(podpis osoby uprawnionej)

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w **Zespole Szkół Specjalnych w Czeladzi, 41-250 Czeladź, ul. Szpitalna 85**, oraz z informacją o zasadach przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (RODO).

.....
(podpis osoby uprawnionej)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ O ŚWIADCZENIE Z ZFŚS

w przypadku podania danych, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Zespół Szkół Specjalnych w Czeladzi, 41-250 Czeladź, ul. Szpitalna 85**, moich danych osobowych, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO, w dołączonych przez mnie do wniosku dokumentach, w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia z ZFŚS.

.....
(podpis osoby uprawnionej)

**- Dane osobowe ujawniające stan zdrowia, pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby.*

DECYZJA O PRYZNANIU ŚWIADCZENIA

Przyznano dofinansowanie w kwocie..... słownie.....

Decyzja o odmowie świadczenia (uzasadnienie):

.....
.....

.....
(data, pieczętka, podpis pracodawcy)

z ramienia ZNP

z ramienia NSZZ „Solidarność”