Załącznik nr 2 do „Regulaminu zakładowego funduszu świadczeń socjalnych” – wzór wniosku
o przyznanie ulgowych usług i świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………… |  | ………………………………………… |
| *(imię i nazwisko)* |  | *(data wpływu – wypełnia placówka)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ULGOWYCH USŁUG I ŚWIADCZEŃ**

**Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

Zgodnie z „Regulaminem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych” proszę o przyznanie
– właściwe zaznaczyć:

* **Dofinansowania wypoczynku pracownika/emeryta/rencisty\* (tzw. wczasy pod gruszą)**

Jednocześnie oświadczam, że jest to pierwsze dofinansowanie mojego wypoczynku w tym roku kalendarzowym.

* **Dofinansowania pobytu dziecka/dzieci\* na zielonej szkole/zimowisku/koloniach/ wczasach/obozie/rajdzie/spływie/sanatorium\***

Do wniosku dołączam fakturę/rachunek\* – do wglądu.

Jednocześnie oświadczam, że jest to pierwsze dofinansowanie pobytu
………………………………………………… *(imię dziecka/imiona dzieci)* na zielonej szkole/zimowisku/ koloniach/wczasach/obozie/rajdzie/spływie/sanatorium w tym roku kalendarzowym.

* **Dofinansowania działalności kulturalno-oświatowej lub sportowo-rekreacyjnej**

Do wniosku dołączam do wglądu – jeśli dotyczy:

* bilety: ……………………………………………………………………………………………………..…………. sztuk
* **Pomocy materialnej w związku ze zwiększonymi wydatkami rodziny w okresie wiosennym**
* **Pomocy materialnej w związku ze zwiększonymi wydatkami rodziny w okresie zimowym**
* **Pomocy materialnej przyznawanej w związku z indywidualnymi zdarzeniami losowymi, klęskami żywiołowymi, długotrwałą, poważną lub nagłą chorobą**

Do wniosku dołączam do wglądu:

* zaświadczenie lekarza rodzinnego lub specjalisty o długotrwałej, poważnej lub nagłej, poważnej chorobie,
* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
* dokumenty potwierdzające przebyte operacje, zabiegi lecznicze i związane
z tym wydatki potwierdzające długotrwałą, poważną lub nagłą chorobę,
* inny dokument potwierdzający zdarzenie losowe …………………………………………….………….
* **Zwrotnej pomocy na cele mieszkaniowe**

Pożyczka w wysokości ………………………………………..………………………… zł z przeznaczeniem na:

* remont lub modernizację mieszkania,
* remont lub modernizację domu,
* budowę domu jednorodzinnego
* budowę lokalu w budynku wielorodzinnym,
* uzupełnienie wkładu mieszkaniowego,
* adaptację pomieszczeń niemieszkalnych na cele mieszkaniowe,
* zakup domu jednorodzinnego,
* zakup mieszkania, w tym wykup mieszkania,
* przystosowanie mieszkania lub domu lub mieszkania dla potrzeb osób niepełnosprawnych
* spłatę zadłużenia kredytowego,
* uzupełnienie wkładu budowlanego.

Jako poręczycieli proponuję:

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

Oświadczam, że

1. ilość osób we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną wynosi ……………………..…,

w tym dzieci własne, przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej pozostające na moim utrzymaniu do ukończenia 18 roku życia, a jeśli po jego ukończeniu nadal pobierają naukę w trybie stacjonarnym – do czasu jej zakończenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 roku życia:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka | Data urodzenia dziecka |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. średni miesięczny dochód\*\* na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym – zaznaczyć właściwe:
2. wynosi do 3000,00 zł
3. mieści się w przedziale od 3000,01 zł do 6000,00 zł
4. wynosi powyżej 6000,00 zł.
5. wszystkie podane przeze mnie dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym,
6. zapoznałam się/zapoznałem się\* z zasadami przetwarzania moich danych osobowych
i przysługujących z tego tytułu prawach\*\*\*,
7. wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących zdrowia
w celu przyznania pomocy w związku z długotrwałą, poważną lub nagłą chorobą – jeżeli dotyczy,
8. jestem świadoma/świadomy\* odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych
z prawdą\*\*\*\*

**Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ………………………………………… |
|  |  |  *(podpis wnioskodawcy)* |

**Decyzja przedstawiciela związku zawodowego:** pozytywna/negatywna\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ………………………………………… |
|  |  | *(data i podpis)* |

**Decyzja przedstawiciela związku zawodowego:** pozytywna/negatywna\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ………………………………………… |
|  |  | *(data i podpis)* |

**Decyzja dyrektora:** pozytywna/negatywna\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ………………………………………… |
|  |  | *(data, pieczątka i podpis)* |

**Przyznano świadczenie w kwocie:** ...…………………………………………………………………..………………. zł

*\*niepotrzebne skreślić lub skasować*

*\*\*do dochodu zalicza się w szczególności wynagrodzenie za pracę oraz wszelkie dodatki i świadczenia do wynagrodzenia, wynagrodzenie
z tytułu umów cywilnoprawnych (zlecenia, o dzieło, najmu, dzierżawy itp.), emeryturę, rentę, stypendium, zasiłki i świadczenia wypłacane przez powiatowe urzędy pracy i ośrodki pomocy społecznej (w tym świadczenia 800+, 300+, „Aktywny rodzic”), alimenty, dochód z rolniczej i pozarolniczej działalności gospodarczej, dochody kapitałowe (odsetki, dywidendy itp.)*

*\*\*\*administratorem danych osobowych jest ………………………………………………….Placówka wyznaczyła inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować listownie, pod adresem: …………………………………………. lub pocztą elektroniczną, na adres:* *…………………………………..* *w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych. Dane osobowe przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Placówce związanych z przyznaniem ulgowych usług i świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, co jest zgodne z art. 6. ust. 1 lit. c) RODO, a w przypadku przyznania pomocy w związku z długotrwałą, poważną lub nagłą chorobą na podstawie udzielonej dobrowolnie zgody, co jest zgodne z art. 6 ust. 1 lit. a) i art. 9 ust. 2 lit. a) RODO. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a ich brak uniemożliwi skorzystanie z ulgowych usług i świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu, tj. zautomatyzowanemu procesowi prowadzącemu do wnioskowania o posiadaniu przez konkretną osobę fizyczną określonych cech. Osobie, której dane osobowe dotyczą, przysługuje prawo dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii, sprostowania (poprawiania), usunięcia (w określonych prawem przypadkach), ograniczenia przetwarzania (w określonych prawem przypadkach), a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Odbiorcami danych osobowych będą jedynie podmioty upoważnione do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa. Dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane. Po spełnieniu celu, dla którego dane zostały zebrane, dane mogą być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.*

*\*\*\*\*pouczenie:*

1. *Art. 245 ustawy z dnia 17 listopada 1964 roku Kodeks postępowania cywilnego:*

*Dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie.*

1. *Art. 253 ustawy z dnia 17 listopada 1964 roku Kodeks postępowania cywilnego:*

*Jeżeli strona zaprzecza prawdziwości dokumentu prywatnego albo twierdzi, że zawarte w nim oświadczenie osoby, która je podpisała, od niej nie pochodzi, obowiązana jest okoliczności te udowodnić. Jeżeli jednak spór dotyczy dokumentu prywatnego pochodzącego od innej osoby niż strona zaprzeczająca, prawdziwość dokumentu powinna udowodnić strona, która chce z niego skorzystać.*

1. *Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny:*

*§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego
o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.*