

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ, RODZINNEJ I MATERIALNEJ

Oświadczam co następuje:

średni miesięczny dochódów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym - wyliczony za ostatnie trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia oświadczenia wynosi (odpowiednie podkreślić):

- 1) do 1.500,00 zł
- 2) od 1.501,00 zł do 2.500,00 zł
- 3) od 2.501,00 zł do 3.500,00 zł
- 4) powyżej 3.501,00 zł

Za dochód uważa się:

- a) wynagrodzenie uzyskiwane w ramach stosunku pracy, z tytułu umów zlecenia, umowy o dzieło, umowy agencyjnej lub umowy o pracę nakładczą,
- b) dochody z tytułu: członkostwa spółdzielni, wykonywania wolnego zawodu, działalności twórczej lub artystycznej, działalności gospodarczej,
- c) świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
- d) emerytury, renty inwalidzkie, renty rodzinne wraz ze wszystkimi dodatkami, z wyjątkiem dodatków pielęgnacyjnych,
- e) stypendia, zasiłki rodzinne, renty socjalne, zasiłki stałe,
- f) dochód z pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym,
- g) dochód z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,
- h) alimenty, zaliczki alimentacyjne, zasiłki przysługujące bezrobotnym,
- i) inne.

Od dochodów odlicza się sumę płaconych alimentów oraz innych świadczeń wychowawczych (500+, 300+)

4. Inne informacje istotne z punktu widzenia oceny sytuacji socjalnej osoby składającej oświadczenie:

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

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w tym danych szczególnych kategorii dotyczących zdrowia w celu związanym z przyznawaniem świadczeń z Funduszu.

6. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

1. Informuję, że:
2. -administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Zespołu Edukacyjnego nr 3 w Zielonej Górze, ul. Osiedle Pomorskie 13, 65 – 548 Zielona Góra, e-mail: sekretariat @ze3.zgora.pl, Tel. 68 325 82 32
3. - dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Piotr Walania, e-mail: piotr.walania@centrumergon.pl, tel. 68 325 82 32
4. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a 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
5. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie w celu realizacji świadczeń socjalnych przez Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony przepisami prawa tj. ustawą o rachunkowości i ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych i innymi.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania.
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
9. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pan danych osobowych.
10. W przypadku gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie Pani/Pan danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Pani/Pana dane osobowe:
12. - nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani żadnej organizacji międzynarodowej,
13. - nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
14. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym do objęcia Pani/Pana świadczeniami realizowanymi przez Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych, a ich niepodanie będzie skutkowało nieobjęciem świadczeniami.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA
Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

.....
(nazwisko i imię pracownika)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(miejsce pracy, emeryt., rencista*)

Dyrektor
Zespołu Edukacyjnego nr 3
w Zielonej Górze

Pomoc finansowa/ rzeczowa*

Proszę o przyznanie pomocy rzeczowej/finansowej*, z powodu:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w tym danych szczególnych kategorii dotyczących zdrowia w celu związanym z przyznawaniem w/w świadczenia z Funduszu.

Proszę o przekazanie świadczenia socjalnego:

na konto.....

lub odbiorę osobiście: TAK/ NIE*.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
**niepotrzebne skreślić*

Decyzja o przyznaniu świadczenia:

Przyznano świadczenie rzeczowe/finansowe o wartości/w kwocie*.....

(słownie zł:)

.....
(podpis ZNP)

.....
(podpis NSZZ Solidarność)

.....
(podpis OZZ „Alternatywa)

.....
(data i podpis dyrektora)