

Oświadczenie o sytuacji życiowej, rodzinnej, materialnej osoby uprawnionej do korzystania ze środków ZFŚS

Imię i nazwisko:.....

1. Oświadczam co następuje:

średni miesięczny dochodów brutto (należy podzielić kwotę łączną dochodu przez 12, a następnie przez liczbę członków rodziny) w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym - wyliczony za ostatnie 12 miesięcy roku ubiegłego wynosi

Gru pa	Przedział dochodów brutto	Zaznaczyć X
I.	Do 3000,00 zł	
II.	Od 3001,00 zł – 4200,00 zł	
III.	Od 4201,00 zł – 5400,00 zł	
IV.	Od 5401,00 zł – 6500,00 zł	
V.	Od 6501,00 zł – wzwyż	

Za dochód w rodzinie służący do obliczenia dochodu na osobę, o którym mowa w ust. 3 uważa się łączne dochody brutto wszystkich członków pozostających we wspólnym gospodarstwie osoby uprawnionej (mąż, żona, dzieci) i obejmuje:

- a) dochody otrzymane ze stosunku pracy, w tym zasiłki z ubezpieczenia społecznego otrzymane w razie choroby i macierzyństwa (zasiłek chorobowy, macierzyński, opiekuńczy, wychowawczy, świadczenie rehabilitacyjne);
- b) emerytury, renty ze wszystkimi dodatkami;
- c) dochód z gospodarstwa rolnego;
- d) dochód z prowadzonej działalności gospodarczej;
- e) dochód z pracy zawodowej osiągnięty przy wykonywaniu wolnego zawodu, stałej działalności wytwórczej lub artystycznej, pracy agencji, umowy o dzieło lub zlecenia;
- f) alimenty, z tym, że alimenty otrzymane powiększają dochód, a płacone go obniżają;
- g) świadczenia wychowawcze 800+ ze zmianami;
- i) inne dochody opodatkowane i nieopodatkowane (w szczególności staże europejskie, dotacje unijne, diety radnego, dodatki rodzinne i pielęgnacyjne, świadczenia rodzinne otrzymane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, inne).

Jeżeli sytuacja życiowa osoby uprawnionej znacznie się zmieni osoba uprawniona informuje o tym pracodawcę.

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

.....

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

Informuję, że 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. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Piotr Walania, e-mail: piotr.walania@centrumergon.pl, tel. 68 325 82 32 7. 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. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie w celu realizacji świadczeń socjalnych przez Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych. 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. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania. 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. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pan danych osobowych. 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. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani żadnej organizacji międzynarodowej; nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. 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 podpis osoby uprawnionej)

Zielona Góra,

.....
Imię i nazwisko

.....
Pracownik (stanowisko), emeryt, rencista, świadczenie kompensacyjne

Wniosek o przyznanie zapomogi losowej

Proszę o przyznanie zapomogi losowej w związku z:

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

Do wniosku dołączam:

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

.....
data

.....
czytelny podpis osoby uprawnionej