



**WNIOSEK O PRYZNANIE JEDNORAZOWEJ, FINANSOWEJ POMOCY ŚWIĄTECZNEJ
(BOŻE NARODZENIE) ZE ŚRODKÓW ZFŚS DLA EMERYTA/RENCISTY**

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Numer konta osobistego na które zostanie przekazane dofinansowanie

Oświadczam, że miesięczny dochód na 1 członka mojej rodziny za ubiegły rok wynosi (zaznaczyć właściwe pole wpisując X):

L.P.	WYSOKOŚĆ DOCHODU PO ODLICZENIU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE W RODZINIE (zł)	KWOTA DOFINANSOWANIA BRUTTO (zł)	Zaznacz właściwe pole wpisując (X)
1.	Do 1.500,-	160,-	
2.	1.500,01-2.000,-	140,-	
3.	2.000,01-2.500,-	120,-	
4.	powyżej 2.500,-	100,-	

UWAGA: miesięcznym dochodem rodziny jest: roczna suma dochodów pracownika i współmałżonka/partnera oraz innych członków rodziny na podstawie PIT-ów za ubiegły rok, a także roczny dochód z tytułu renty, emerytury i innych dochodów, po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne, zgodne z ustawą o podatku dochodowym, podzielone na 12 miesięcy i podzielone przez ilość osób w rodzinie.





Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że dochód w mojej rodzinie jest podany ze wszystkich źródeł utrzymania, a dane zawarte we wniosku są prawdziwe. Znane mi są przepisy Kodeksu Karnego art. 233 § 1 i 2 kk o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych, niezgodnych z rzeczywistością danych. Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb Komisji Socjalnej zgodnie z przepisami.

Wrocław, dnia

.....

(podpis wnioskodawcy)

OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ

Komisja Socjalna na posiedzeniu w dniu pozytywnie/ negatywnie*) rozpatrzyła wniosek o przyznanie jednorazowej, finansowej pomocy świątecznej w wysokości zł brutto.

Podpisy Członków Komisji:

1.
2.
3.
4.

AKCEPTACJA PRACODAWCY

.....

(Dyrektor lub osoba upoważniona)

*) *niepotrzebne skreślić*

**) *druk dwustronny*





.....

Wrocław, dnia

(nazwisko i imię)

.....

(stanowisko, dział)

Oświadczenie
osoby uprawnionej do świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych
Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu

Oświadczam, że:

1) została mi przedstawiona informacja wynikająca z art. 13 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) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu.

2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu postępowania o przyznanie świadczeń z ZFŚS zgodnie z przepisami. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych osobowych jest Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane. Podstawą przetwarzania danych wnioskodawcy jest Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu, który został ustalony na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych i uzgodniony z przedstawicielem załogi.

.....
(podpis wnioskodawcy)

