Wzór Nr 5

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI DLA EMERYTA/RENCISTY**

**ZE ŚRODKÓW ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

**Nazwisko i imię** ........................................................................................................................................

**Adres zamieszkania** ..................................................................................................................................

**Numer telefonu** …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Numer konta osobistego na które zostanie przekazane dofinansowanie**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..

**Oświadczam, że dochód na 1 członka mojej rodziny za trzy miesiące poprzedzające złożenie wniosku wynosi** (zaznaczyć właściwe pole wpisując X):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wysokość dochodu na podstawie Regulaminu (w zł)** | **Kwota dofinansowania brutto**  **(w zł)** | **Zaznacz właściwe pole**  **„X”** |
| **do 2000,00** | **310,00** |  |
| **2000,00 – 2600,00** | **280,00** |  |
| **pow. 2600,00** | **260,00** |  |

**Oświadczam, że znane mi są przepisy Kodeksu Karnego art. 233 § 1 i 2 kk o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych, niezgodnych z rzeczywistością danych. Jednocześnie oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do uzyskiwania świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych przez Administratora.**

Wrocław, dnia............................ ……………………………………………..

*(podpis wnioskodawcy)*

**PROSZĘ ODWRÓCIĆ!**

..................................................................... Wrocław, dnia ………………………..…….

(nazwisko i imię)

…………………………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

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

Oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do uzyskiwania świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń przez Administratora- Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu z siedzibą ul. Krasińskiego 1, 50-954 Wrocław zgodnie z przepisami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 04.05.2016r.) zwanego dalej „RODO” do momentu pisemnego wycofania zgody. Potwierdzam, że zostałem poinformowany o prawie do ochrony tych danych a także do dostępu i wglądu w te dane oraz ograniczenia przetwarzania, wycofania zgody w każdym czasie jak również o prawie żądania dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania i możliwości wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Oświadczam, że zostałem poinformowany również o tym, że:

1) Moje dane osobowe przetwarzane będą tylko i wyłącznie w celu realizacji praw i obowiązków wynikających z możliwością uzyskania świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych u Administratora, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c RODO, a przetwarzającym moje dane osobowe będzie Administrator.

2) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania stosunku pracy a także po jego ustaniu w obowiązkowym w okresie przechowywania dokumentacji i okresem przedawnienia– 3 lat oraz dokumentacji płacowej, ustalonym zgodnie z odrębnymi przepisami– 5 lat.

3) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym: ich nieprzekazanie spowoduje niemożność realizacji obowiązków w zakresie udzielania świadczeń na podstawie obowiązującego regulaminu ZFŚS i obowiązujących przepisów ustawy o ZFŚS i związanych z nią obowiązków podatkowo-składkowych.

4) Mam prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.

……….……………………..……………………………….

podpis uprawnionego do ZFŚS

**OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ**

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

Podpisy Członków Komisji:

1. …………………………………………………..
2. …………………………………………………..
3. …………………………………………………..
4. …………………………………………………..

**AKCEPTACJA PRACODAWCY**

……………………………………………..

*()*