***Załącznik Nr 5*** *do Regulaminu ZFŚS Zespołu Szkół Agrobiznesu w Człuchowie*

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

 (imię i nazwisko wnioskodawcy, kategoria osoby uprawnionej)\*

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

 (adres zamieszkania)

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

 (nr telefonu)

**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE ŚWIADCZENIA Z ZFŚS**

**w ZESPOLE SZKÓŁ AGROBIZNESU W CZŁUCHOWIE**

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi/mojej rodzinie\* ……………………………..…………………….
 z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Szkół Agrobiznesu w Człuchowie świadczenia
w formie\*\*\*:

* zapomogi finansowej (losowej),
* bezzwrotnej pomocy finansowej, w związku ze zwiększonymi wydatkami w okresie wiosennym lub jesienno-zimowym,
* dofinansowania do wypoczynku zorganizowanego we własnym zakresie tzw. „wczasy pod gruszą”,
* zakup paczek okolicznościowych dla dzieci,
* dofinansowania wypoczynku zorganizowanego dla dzieci i młodzieży,
* dofinansowanie do spotkania kulturalno-oświatowego/działalności sportowo-rekreacyjnej.

 *Opisać rodzaj sytuacji losowej\*\**…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

*Dołączam następujące dokumenty potwierdzające zaistnienie zdarzenia\*\** ………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Proszę o przekazanie świadczenia przelewem na konto nr …………………………………….………..

……………………………………………………………………………………………………………w banku ……………………………………………………………………………….………..……….

Miejscowość i data: ……………………… …………………………………………..

 ( podpis wnioskodawcy)

**Objaśnienia do wniosku:**

\*pracownik, członek rodziny pracownika, były pracownik (emeryt, rencista), członek rodziny byłego pracownika (emeryta, rencisty), inna osoba (wpisać jaka), \*\* niepotrzebne skreślić; \*\*\*zaznaczyć właściwe,

Informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych zawartych w powyższym wniosku jest Dyrektor Zespołu Szkół Agrobiznesu w Człuchowie; Inspektorem Danych Osobowych jest: Ewelina Warszewska, e-mail: iod@poeksit.czluchow.org.pl

2. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat od zakończenia korzystania ze świadczeń. Celem przetwarzania danych jest umożliwienie osobom uprawnionym do uzyskania dofinansowania z działalności socjalnej z uwzględnieniem ich sytuacji życiowej zgodnie z ustawą z dnia z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 219 t. j.).

3. Ma Pan/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO.

4. Nie jest Pan/Pani zobowiązany/a do podania ww. danych osobowych. Jednak brak podania ww. danych uniemożliwia przyznanie świadczenia socjalnego z ZFŚS. Zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy przyznawanie ulgowych usług i świadczeń oraz wysokość dopłat z Funduszu uzależnia się od sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu.

5. Warunki korzystania z pomocy socjalnej określa Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Zespole Szkół Agrobiznesu w Człuchowie.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z ww. informacjami.

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

 (podpis wnioskodawcy) podpis poręczyciela podpis poręczyciela

**Wypełnia Pracodawca:**

Wnioskodawca znajduje się w………………….. progu dochodowym.

**Opinia pracownika reprezentująca interesy pracowników**Proponujemy przyznać/odmówić przyznania\* świadczenie/a w formie……………………………….

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

w kwocie ………………………zł brutto (słownie: ……………….………………………………... zł)

Uwagi: (np. uzasadnienie odmowy) ……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

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

(data i podpisy przedstawicieli reprezentujących interesy pracowników)

**Decyzja Pracodawcy**Przyznano świadczenie w formie ………………………… w kwocie ………………………zł brutto

(słownie: ………………………………………………………………... zł)

Odmówiono przyznania świadczenia w formie ……………………..… z powodu ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………….

 (data i podpis Pracodawcy)