*Załącznik nr 5*

**.......................................................................**

*imię i nazwisko wnioskodawcy*

**W N I O S E K O Ś W I A D C Z E N I E Z Z F Ś S**

Proszę o przyznanie mi ze środków ZFŚS

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

*(podać rodzaj świadczenia)*

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

**A. Wypełnia osoba uprawniona:** Kwota

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za fałszywe zeznanie, oświadczam, że:**

1. Średni miesięczny dochód brutto uprawnionego z dwóch

ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku ……………………………….

1. Średni miesięczny dochód brutto współmałżonka z dwóch

ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku ………………………………

1. Zasiłki rodzinne oraz wszelkie dodatki - średnia z dwóch

ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku ….……………………………

1. Inne dochody miesięczne (emerytury, renty, alimenty, stypendia,

umowy zlecenia, o dzieło, świadczenia wychowawcze z programu

„Rodzina 500 plus” ) – średnia z dwóch ostatnich miesięcy

poprzedzających złożenie wniosku .............................................

5. Dochód z prowadzonej działalności gospodarczej …………………………….

6. Dochód z prowadzonego gospodarstwa rolnego …………………………….

7. Liczba dzieci na utrzymaniu: ............................................

imię dziecka, data urodzenia ............................................

imię dziecka, data urodzenia ............................................

imię dziecka, data urodzenia ............................................

**Załączniki:**

1. Odpis z legitymacji szkolnej lub zaświadczenie ze szkoły, uczelni dla dzieci uczących się w wieku od 18 – 25 lat - do wglądu lub odpis.
2. Oświadczenie, że współmałżonek nie pracuje z powodu sprawowania opieki nad dzieckiem do lat 8 lub chorym dzieckiem, któremu przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.
3. Oświadczenie osoby wnioskującej o braku zatrudnienia współmałżonka i nie prowadzeniu przez niego działalności gospodarczej.

Ilość osób uprawnionych ………………………………….

Łączny dochód brutto w rodzinie ………………………………….

Przeciętny dochód na osobę ……………………………………

…………………………………………………….

*(data i podpis wnioskodawcy)*

**Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, o tym, że:**

* podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, jednak ich brak uniemożliwia rozpatrzenie przedmiotowego wniosku,
* administratorem, w rozumieniu ustawy z dnia 10 maja 1998 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.) oraz 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), moich danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 1 im. św. Jana Kantego w Kętach,
* dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych można uzyskać pod adresem   
  e-mail sp1@edukacja.kety.pl,
* przekazane dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji i w zakresie objętym Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej nr 1 im. św. Jana Kantego w Kętach,
* przekazane dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa,
* administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
* przysługuje mi prawo do żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, mam prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
* przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

…………………. dnia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

(podpis wnioskodawcy)

**Wypełniają upoważnieni przedstawiciele związków zawodowych:**

Działając na podstawie Regulaminu ZFŚS Rozdział……, § ….. w oparciu o przedstawione załączniki proponujemy przyznać Pani/ Panu

…………………………………………………………………………………….………………… (imię i nazwisko)

……………………………………………………………………………………….……………………… (rodzaj świadczenia)

z ZFŚS kwotę …………… zł (słownie……………………………………………...…………................... )

Upoważnieni przedstawiciele organizacji związkowych:

…………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………….

**D E C Y Z J A**

**C. Wypełnia pracodawca:**

W uzgodnieniu z upoważnionymi przedstawicielami organizacji związkowych zatwierdzam/nie zatwierdzam do wypłaty:

z ZFŚS kwoty ………… zł (słownie……………………………………………………………..................)

**Uzasadnienie:**

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

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

Od niniejszej decyzji nie przysługuje odwołanie.

*Dyrektor placówki*