

.....  
imię i nazwisko składającego wniosek

.....  
miejsce zamieszkania

.....  
inne dane: pracownik, emeryt, rencista /okres na jaki przyznano rentę/  
stopień niepełnosprawności jeśli uprawniony nie pobierający renty ma ustalony taki stopień)

**Dyrektor  
Przedszkola Publicznego nr 19  
w Ostrowcu Świętokrzyskim**

**W N I O S E K**

o przyznanie świadczenia socjalnego z ZFŚS

Proszę o przyznanie zgodnie Regulaminem ZFŚS Przedszkola Publicznego nr 19 w Ostrowcu Świętokrzyskim

<b>Nazwa świadczenia</b>	<b>Rodzaj świadczenia</b>
bezwrotna pomoc materialna /zapomoga/	
dofinansowanie do krajowego lub zagranicznego wypoczynku, sanatoria, wycieczki i rajdy	
działalność kulturalno – oświatowa lub sportowo - rekreacyjna;	
pomoc rzeczowa lub pieniężna	
zwrotna pomoc na cele mieszkaniowe	

Do wniosku załączam niezbędne do uzyskania świadczenia dokumenty:

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

(należy podać i dołączyć do wniosku dokumenty - kserokopie, które zgodnie z zapisami Regulaminu są niezbędne do uzyskania świadczeń).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma(y) odpowiedzialności przewidzianej w § 24 Regulaminu.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

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. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L. z 04.05, 2016 r. Nr. 119 s.1 - ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane też RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu skorzystania ze świadczeń finansowanych z ZFŚS w Przedszkolu Publicznym nr 19 w Ostrowcu Św.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu postępowania o przyznanie świadczeń z ZFŚS, Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych osobowych jest Dyrektor Przedszkola Publicznego nr 19 w Ostrowcu Św.
3. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak jest konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych  
w Zakładowym Funduszu Świadczeń Socjalnych Przedszkola**

1. Administratorem danych osobowych, jest Przedszkole Publiczne nr 19 w Ostrowcu Świętokrzyskim, os. Ogrody 20, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel.: **41 2471127** e-mail: **pp19@przedszkole.ostrowiec.pl**.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych skontaktować się można poprzez e-mail: iod@arx.net.pl lub pisemnie, pisząc na adres Przedszkola.
3. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu udzielenia świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) lub na podstawie art. 9 ust 2 lit b) RODO, w związku z Ustawą o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych.
4. Dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Państwa dane osobowe przechowywane będą w zależności od rodzaju świadczenia, maksymalnie przez okres 5 lat od momentu jego przyznania.
6. Przysługuje Państwu prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości udzielenia Państwu świadczenia.
9. Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, oraz nie są profilowane.

**Propozycja Komisji Socjalnej**

Na zebraniu w dniu..... Komisja Socjalna postanowiła:

\*) przyznać:

.....

.....

(wymienić świadczenie i wysokość dopłaty z Funduszu)

\*)nie przyznać:

.....

(można podać powód nieprzyznania świadczenia chociaż Regulamin tego nie wymaga)

1. .... 2. .... 3. ....

4. ....

(podpisy członków Komisji)

**Decyzja pracodawcy**

\*) Przyznano:

.....

.....

(wymienić świadczenie i wysokość dopłaty z Funduszu lub przy decyzji zgodnej z propozycją Komisji wpisać: „zgodnie z wnioskiem Komisji Socjalnej”)

\*) Nie przyznano: .....

(podać powód lub wpisać: „zgodnie z wnioskiem Komisji Socjalnej”)

....., dnia .....

.....

(podpis pracodawcy)



