**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia z zakładowego funduszu zdrowotnego**

……………………………………..

 (imię i nazwisko)

……………………………………..

(adres)

……………………………………..

 (telefon kontaktowy)

Zwracam się z prośbą o przyznanie finansowej zapomogi zdrowotnej.

Prośbę swą motywuję………………………………………………………………………….

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

\* Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

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

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną pozostają następujący członkowie rodziny:

(za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmałżonka oraz dzieci do czasu ukończenia nauki w szkole, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 lat)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Imię i nazwisko |  Data ur. | Stopień pokrewieństwa |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Łączny dochód całego gospodarstwa brutto |

Należy podać łącznie dochód uzyskany w poprzednim roku podatkowym ze wszystkich źródeł np. PIT 36: poz 86+ 129+131+132; PIT 36L: poz 26+31; PIT 37: poz 64+94; PIT38: poz27; PIT 40: poz66; PIT 40A/11A poz 33+35

\* Do wniosku należy dołączyć:

a) aktualne zaświadczenie lekarskie;

b) dokumenty potwierdzające koszty leczenia;

c) oświadczenie wnioskodawcy o dochodach przypadających

 na jednego członka rodziny

**Rezygnacja z deklaracji dochodów**

Wnioskodawca może nie składać oświadczenia. W takim przypadku będzie przyznana najniższa kwota dofinansowania

Rezygnuję z możliwości złożenia oświadczenia o wysokości dochodów i proszę o przyznanie świadczenia w wysokości odpowiadającej najniższej grupie zaszeregowania

……………………….

Data i czytelny podpis

Oświadczam, ze podane informacje są prawdziwe, i że znana jest mi odpowiedzialność prawna za wpisanie danych nieprawdziwych.

…………………………………………….

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

……………………………………………………………………………………………..

Przyznano dofinansowanie z ZFZ w wysokości………………………………………..

 …………………………

 (podpis)

**Klauzula informacyjna**

Klauzula informacyjna Ochrona danych osobowych osób uprawnionych do korzystania z ZFZ w związku z treścią 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, Szkoła Podstawowa nr 59 w Poznaniu informuje, że:

1.Administratorem danych osobowych osób uprawnionych jest Szkoła Podstawowa nr 59 im. gen. J.H. Dąbrowskiego w Poznaniu, ul. Baranowska 1,61-353 Poznań tel. 61-879-31-96

2.Inspektorem ochrony danych jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych: kontakt: **iod3\_oswiata@um.poznan.pl**

3.Dane osobowe osób uprawnionych do korzystania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych są przetwarzane są w celu realizacji zadań administratora związanych z działalnością socjalną.

4.Dane osób uprawnionych są przetwarzane na podstawie art.8 ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych w związku z art.6 ust.1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

5.Dane osobowe osób uprawnionych nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów obowiązującego prawa.

6.Dane osobowe osób uprawnionych są przechowywane przez okres ubiegania się o świadczenie, jego ustalenie i realizację, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń, zgodny z przepisami obowiązującego prawa. Po upływie tego okresu dane osobowe osób uprawnionych są niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie.

7.Osobie uprawnionej, której dane są przetwarzane przysługuje prawo:

1)dostępu do treści swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania lub usunięcia, na zasadach określonych w art. 15 –17 RODO;

2)ograniczenia przetwarzania, w przypadkach określonych w art. 18 RODO;

3)wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.8.Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do skorzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych

8.W celu skorzystania z praw, o których mowa w pkt 6 ppkt 1 –2 należy skontaktować się z administratorem lub inspektorem ochrony danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

9.Podanie danych osobowych jest obowiązkowe do skorzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych

Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną ochrony danych osobowych osób uprawnionych do korzystania z ZFZ

 ………………………..