

.....
(imię i nazwisko oraz dokładny adres
wnioskodawcy)
.....
.....

Sosnowiec,

Nr konta bankowego:

Nr telefonu:

W N I O S E K
o przyznanie świadczeń
z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

Proszę o przyznanie świadczenia: **zapomogi zdrowotnej**

Oświadczam, że od dnia złożenia *oświadczenie o dochodach** dochód w moim gospodarstwie domowym:

- a) nie uległ zmianie
- b) uległ zmianie
(podać w jakim zakresie)
.....

* proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i ewentualnie uzupełnić

KLAUZULA INFORMACYJNA
w związku z przetwarzaniem danych osobowych
na potrzeby zakładowego funduszu świadczeń socjalnych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest **Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Sosnowcu, ul. Gen. Grota Roweckiego 64, 41 – 200 Sosnowiec**, reprezentowane przez Dyrektora.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z **Inspektorem Ochrony Danych: Pani Anna Spas, mail: a.spas@cuwsosnowiec.pl, tel. 32 292 44 64 wew. 217.**
3. Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji Pani/ Pana świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFŚS), rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia z ZFŚS, udokumentowania przyznania lub odmowy świadczenia w ramach ZFŚS oraz wypłaty środków z ZFŚS, na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 marca 1994r. o Zakładowym Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz przyjętym Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w celach związanych z rozliczeniami środków wypłaconych z ZFŚS – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń związanych z ZFŚS– zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.
4. Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania przysługujących Pani/ Panu świadczeń socjalnych wypłacanych ze środków ZFŚS i/ lub wypłaty przedmiotowych świadczeń, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń. Po upływie tego okresu dane osobowe będą przechowywane do celów archiwizacyjnych

przez okres określony przepisami prawa w tym zakresie tj. dane osobowe zawarte w dokumentacji na podstawie, której przyznano świadczenia z ZFŚS oraz w pozostałej dokumentacji, we wnioskach pracowników o świadczenia będą przechowywane przez okres 5 lat.

5. Pana/Pani dane osobowe będą udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na mocy przepisów prawa oraz na podstawie umów zawartych z administratorem.
6. Konieczność podania przez Panią/ Pana danych osobowych wynika z ustawy o Zakładowym Funduszu Świadczeń socjalnych w związku z postanowieniami Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Ich podanie jest dobrowolne jednak w przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe skorzystanie przez Panią/ Pana ze świadczeń z ZFŚS.
7. Pani/ Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do krajów oraz organizacji spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
9. W zakresie przewidzianym przepisami prawa przysługuje Pani/ Panu prawo do: dostępu do swoich danych osobowych; żądania ich sprostowania, usunięcia, lub ograniczenia ich przetwarzania; a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
10. Przysługuje Pani/ Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa, w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Opinia lekarza o stanie zdrowia wnioskodawcy (dot. wniosku o zapomogę zdrowotną)

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

Załączniki:

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Opinia Komisji Socjalnej:

Komisja na posiedzeniu w dniu proponuje przyznać zapomogę
w kwocie zł. słownie zł.

Podpisy członków Komisji:

Zatwierdzam:

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

.....
(podpis Dyrektora Szkoły)