**Załącznik nr 4**   
do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych wprowadzonego Zarządzeniem nr 29/2020 z dn. 13.12.2020 r.

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

(imię i nazwisko pracownika/emeryta-rencisty)

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

(adres zamieszkania)

….........................................................................  
 (telefon)

Dyrektor

Centrum Usług Wspólnych

**WNIOSEK**

**o przyznanie zapomogi pieniężnej z ZFŚS**

Zwracam się z prośbą o udzielenie zapomogi w związku z :

1. długotrwałą chorobą \*
2. pożarem, powodzią i innymi klęskami żywiołowymi,\*
3. śmiercią członka rodziny\*
4. w związku z trudną sytuacją rodzinną i materialną\*

Jako uzasadnienie podaję :

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

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

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

Do wglądu dołączam następujące dokumenty:

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

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

(np. zaświadczenie lekarskie, rachunki za leki lub usługi medyczne, zaświadczenie z policji, zaświadczenie ze straży pożarnej, akt zgonu itp.)

Ja, niżej podpisana/y, potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych w złożonym wniosku. Jednocześnie stwierdzam, że znana jest mi treść obowiązującego Regulaminu ZFŚS.

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

(data i podpis wnioskodawcy)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Realizując wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119.1) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej Rozporządzeniem, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Usług Wspólnych Al. Władysława Łokietka 1, 87-880 Brześć Kujawski, tel. 54 251-60-73, e-mail:oswiata1@brzesckujawski.pl , reprezentowane przez Dyrektora Centrum Usług Wspólnych
* Z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (IOD) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych tel. 54 234 51 78 , mailowo: [dane.osobowe@brzesckujawski.pl](mailto:dane.osobowe@brzesckujawski.pl) .
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku złożonego do Komisji Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
* Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust. 1 lit. c), e) oraz art. art. 9 ust. 2 lit. b) RODO w zw. z ustawą z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych
* Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą zostać: uprawnione podmioty i organy publiczne wymienione w ustawach, podmioty wykonujące usługi archiwizacyjne oraz niszczenia dokumentacji, podmioty świadczące usługi obsługi prawnej w zakresie realizowanych postępowań, podmioty świadczące usługi informatyczne w zakresie systemów przetwarzających dane osobowe, Komisja Socjalna, pracownicy Urzędu odpowiedzialni merytorycznie za realizację świadczeń z ZFSŚ, bank obsługujący jednostkę oraz sądy.
* Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia roku podatkowego, w którym świadczenie zostało przyznane. Czas ten może ulec wydłużeniu, jeżeli z przepisów prawa wynikać będzie dłuższy okres przedawnienia roszczeń związanych z umową
* Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, jak również przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
* Z powyższych praw można skorzystać poprzez kontakt pisemny na adres: Centrum Usług Wspólnych Al. Władysława Łokietka 1, 87-880 Brześć Kujawski lub mailowo: [dane.osobowe@brzesckujawski.pl](mailto:dane.osobowe@brzesckujawski.pl).
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych osobowych skutkowało będzie brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku .
* Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane, tj. dane osobowe konkretnej osoby nie będą analizowane w taki sposób, aby stworzyć dokładny opis jej preferencji i cech. (art. 22 RODO).

**Propozycja Komisji Socjalnej**

Na posiedzeniu w dniu ….............................. Komisja Socjalna w składzie :

1. …...........................

2.................................

3.................................

Postanowiła:

\*)przyznać : ….......................................................................................................................................

(wymienić świadczenie i wysokość dopłaty z Funduszu)

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

\*) nie przyznać : …................................................................................................................................

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

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

(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)