Wpłynęło do DSOS:

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA  
 PRACOWNIK/były pracownik: EMERYT/RENCISTA**

**Status zatrudnienia: PRACOWNIK były pracownik: EMERYT/ RENCISTA**

*- Każdy PRACOWNIK oraz były pracownik: EMERYT, RENCISTA* ***odrębnie*** *wypełnia i składa wniosek o przyznanie świadczenia.*

*- O świadczenie dla danego dziecka wnioskuje* ***wyłącznie jedno z rodziców****.*

**\*Nr prac. drugiego rodzica dziecka,   
 zatrudnionego w UŚ:** …………………… **Imię i nazwisko**: …………………………....................................………………  
**\* jeśli dotyczy**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1. działalności kulturalno – oświatowej, sportowo – rekreacyjnej\*** |
|  | **2. wycieczki \*–** *jeżeli wyjazd organizowany jest w inne dni niż soboty i niedziele konieczne jest dla grupy pracowniczej*: **- nauczyciele akademiccy -** *wskazanie we wniosku terminu urlopu wypoczynkowego objętego planem* **- pracownicy niebędący nauczycielami akademickim -** *przedłożenie karty urlopowej* |

Nr **pracownika**/komputerowy…………..……… imię i nazwisko…………………………………………………………………………………..

Nr telefonu ……………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

**Adres zamieszkania byłego pracownika:** …………………………………………………………………………………….……….……….….

**Nr rachunku bankowego byłego pracownika\*:** …………………………………………………………………………………………………/  
 **NR** **RACHUNKU BANKOWEGO:** ***BEZ ZMIAN*\***

Proszę **podkreślić** właściwe **i/lub** odpowiednio wypełnić\*

**Oświadczenie byłego pracownika:**

*Pobieram świadczenia socjalne u innego byłego pracodawcy\** TAK NIE

*Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy (stosunek pracy)\** TAK NIE

**\*proszę odpowiednie zaznaczyć**

Koszt na osobę: ………………………………………….……..…. RAZEM: ……………………………………………..…………..

Organizator**: NSZZ „Solidarność” ZNP**

Miejsce ……………………………………………………………. Termin ……………………………..………………..……………

……………………………………………………………………...

……………………………………………………………………...

**Proszę o przyznanie dofinansowania z ZFŚS dla niżej wymienionych osób:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL(dla dzieci oraz współmałżonków) \*\* | Stopień pokrewieństwa | Załączono do wglądu  (opis dok. i podpis pracow. DSOS) |
|  |  |  | wnioskodawca |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***\*Rodzice, których dzieci ukończyły 18 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 lat, dołączają do wniosku wyłącznie do wglądu aktualną legitymację szkolną lub studencką.***

***\*\*PESEL podajemy jednorazowo wyłącznie gdy wnioskodawca ubiega się po raz pierwszy o świadczenie dla członków rodziny.***

**Forma płatności-wypełniają byli pracownicy\* *(zmiany numeru konta bankowego, adresu zamieszkania należy zgłaszać w formie pisemnej)***

przelew na konto bankowe\* przekaz pocztowy na adres zamieszkania\*

**\*proszę odpowiednie zaznaczyć**

**OŚWIADCZENIE O PRZYCHODACH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Oświadczam, iż średni miesięczny **PRZYCHÓD** BRUTTO przypadający na jednego członka mojego gospodarstwa domowego, obliczony   
w oparciu o wszystkie przychody osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym (zamieszkujących razem i wspólnie utrzymujących się), osiągnięte w ubiegłym roku podatkowym mieści się w przedziale:

**do 3.000 zł powyżej 3.000 zł do 4.000 zł powyżej 4.000 zł do 5.000 zł powyżej 5.000 zł**

W ramach kontroli funkcjonalnej sprawowanej przez Dział Spraw Osobowych i Socjalnych lub na wniosek Międzyzwiązkowego Zespołu   
ds. Socjalnych, w celu sprawdzenia wiarygodności składanych oświadczeń o średnim miesięcznym przychodzie na każdą z osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z osobą wnioskującą (uprawnioną) oraz kompletności danych zawartych   
we wniosku, pracownik ds. socjalnych zażąda przedłożenia **do wglądu** zaświadczenia z Urzędu Skarbowego (kopii PIT-ów złożonych   
w Urzędzie Skarbowym) o przychodach osoby uprawnionej i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

* **Zatajenie faktycznego poziomu przychodów przez osoby ubiegające się o uzyskanie pomocy ze środków Funduszu** **powoduje utratę prawa do jakichkolwiek świadczeń w bieżącym i następnych 2 lat kalendarzowych.**
* **Odmowa przedłożenia do wglądu żądanych dokumentów spowoduje utratę prawa do jakichkolwiek świadczeń w bieżącym   
  i następnych 2 lat kalendarzowych.**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o sposobie i celu przetwarzania danych, a także o przysługujących mi prawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 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 (w skrócie RODO):

* **w stosunku do pracowników** w klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej załącznik K5 do Polityki Bezpieczeństwa Informacji w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach (zarządzenie Rektora UŚ 153/2018);
* **w stosunku do osób uprawnionych do korzystania z ZFŚS niebędących pracownikami UŚ** w klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej *załącznik nr 3 do Regulaminu Zakładowego Funduszu świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Śląskiego*.

**Wiarygodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem i  oświadczam, iż zapoznałam/em/ się z treścią   
Regulaminu ZFŚS.**

*Proszę o* ***złożenie podpisu*** *pod treścią wniosku oraz oświadczeń »»»*

**…………………………………………………………………**

**data i podpis wnioskodawcy**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROPOZYCJA MIĘDZYZWIĄZKOWEGO ZESPOŁU DS. SOCJALNYCH**

Komisja proponuje: przyznać, nie przyznać

## DOFINANSOWANIE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRACOWNIK/EMERYT/RENCISTA:** | **DZIECI:** | | **WSPÓŁMAŁŻONEK:** |
| **KWOTA:** | **LICZBA DZIECI:** | **KWOTA:** | **KWOTA:** |
|  |  |  |  |

**Podpisy członków komisji: ……………………………..………… ………………………………………….…**

**………………………………………… ………………………………...……………**

**DZIAŁ SPRAW OSOBOWYCH I SOCJALNYCH**

Zgodnie z protokołem nr ……….……………........ z dnia ………………………..……………….. przyznano / nie przyznano dofinansowanie

do …………………………………………………………………………………………….……… w wysokości ………………...…………… zł

Sprawdzono pod względem formalnym ……….………………………………………. podpis pracownika DSOS