

WNIOSEK

o świadczenie wypoczynkowe z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

Imię i Nazwisko:

Miejsce zamieszkania:

Telefon:

Wnioskuje o wypłatę świadczenia wypoczynkowego z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zgodnie z §14 Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i nie mam prawa do urlopu wypoczynkowego.

Oświadczam, że Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie był moim ostatnim miejscem pracy przed przejściem na emeryturę/rentę oraz, że prawo do emerytury/renty nie zostało zawieszona ze względu na wysokość wynagrodzenia pobieranego u innego pracodawcy.

Proszę o przekazanie przyznanego mi świadczenia socjalnego na mój numer konta bankowego:

.....

Oświadczenie o wysokości średniego miesięcznego dochodu przypadającego na członka rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym za rok 2025

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto (dochód brutto = przychód – koszty uzyskania przychodu) przypadający na członka mojej rodziny wyniósł:

- I. do 5 000 zł brutto/osobę/miesiąc
- II. powyżej 5 000 zł brutto/osobę/miesiąc do 7 000 zł brutto/osobę/miesiąc
- III. powyżej 7 000 zł brutto/osobę/miesiąc

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto przypadający na członka mojej rodziny został obliczony zgodnie z §10 Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane informacje są prawdziwe i zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz.U. 2024 poz. 17, z późn. zm.) jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że w przypadku uzasadnionego przypuszczenia złożenia nieprawdziwych lub nierzetelnych danych o mojej sytuacji materialnej, wyrażam zgodę na weryfikację prawdziwości oświadczenia i zobowiązuję się na wezwanie do przedłożenia zaświadczeń i rozliczenia z Urzędem Skarbowym.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Krosno, dnia.....
(miejscowość, data)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uzyskania świadczenia z ZFŚS zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (...) („Rozporządzenie Ogólne”).

Równocześnie przyjmuję do wiadomości, że zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem oraz, że posiadam prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, a także prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – w przypadkach i na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ogólnym.

Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości uzyskania świadczenia z ZFŚS.

Przyjmuję do wiadomości, że zgodę mogę wycofać osobiście w Dziale Kadr Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie; (pokój 202; tel. 134378 295)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Niniejszym oświadczam, iż wypełniłam/em obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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 wobec osób fizycznych od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam/em i zawarłam/em we wniosku o przyznanie pożyczki /świadczeń socjalnych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

Klauzula informacyjna na potrzeby korzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych

Nawiązując do treści 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 (Dz.Urz,UE.L nr 119, str.1), pracodawca informuje:

1. Administratorem danych osobowych w rozumieniu art. 4 pkt. 7 RODO jest Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.
2. Inspektorem ochrony danych jest Elwira Langner, adres email – IOD@krosno.med.pl, tel. 134378531
Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji zadań administratora w związku z prowadzoną przez niego działalnością socjalną na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r. poz. 1316, zwana dalej ustawą o ZFŚS)
3. Podstawa prawną przetwarzania danych osobowych na potrzeby związane z prowadzoną działalnością socjalną jest art. 8 ustawy o ZFŚS oraz art. 22 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz. 1465).
4. Dane osobowe są przechowywane przez okres nie dłuższy niż to jest niezbędne w celu przyznania ulgowej usługi i świadczenia oraz dopłaty z funduszu oraz ustalenia ich wysokości, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń.
5. Osoba, której dane są przetwarzane, ma prawo do dostępu do treści swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania lub usunięcia, na zasadach określonych w art. 15-17 RODO.
6. Osoba, której dane są przetwarzane, ma prawo do ograniczenia przetwarzania, w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
7. Osoba, której dane są przetwarzane, ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Udostępnienie danych osobowych jest konieczne do skorzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.