***Zał***ą***cznik nr 2***

**WNIOSEK**

**o przyznanie** ś**wiadczenia socjalnego**

**I. Dane dotycz**ą**ce pracownika\*, emeryta lub rencisty\*:**

………………………………………………………..

………………………………

 *nazwisko i imi*ę *wnioskodawcy*

*jednostka organizacyjna*

**Prosz**ę **o przyznanie dla mnie:**

1. dofinansowania…………………………………………………………………………………………………………………

(wpisać rodzaj świadczenia **– patrz pod Uwagami** na odwrocie)

1. zapomogi bezzwrotnej z uwagi na następującą sytuację rodzinną i życiową:

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

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

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

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

**II. Dane dotycz**ą**ce dzieci i innych członków rodziny:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imi**ę | **stopie**ń | **Dokładna data** | **Nazwa szkoły (uczelni) /** |
|  |  | **pokrewie**ń**stwa** | **urodzenia dziecka** | **miejsce pracy** |
|  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **O**ś**wiadczenie o rocznych dochodach rodziny** (nie wypełniająosoby kwalifikujące siędo najwyższego przedziałudochodowości).

Oświadczam, że w roku ……….. moja rodzina uzyskała dochody w podanych niżej wysokościach:

|  |  |
| --- | --- |
| **Roczne dochody wnioskodawcy~~:~~** | **….............................** |
| **Roczne dochody współmałżonka:** | **….............................** |
| **Inne dochody (całej rodziny w tym dochody dzieci) \*) z:** |  |
|  |  |  |  |

1. działalności gospodarczej, wykonywania

wolnych zawodów, umów zlecenie, umów o dzieło, patentów, itp.

b. prowadzenia gospodarstwa rolnego + dopłaty

**….............................**

**….............................**

1. emerytur i rent (również rodzinnych) otrzymywanych z ZUS, KRUS

i z zagranicy

d. alimentów, w tym świadczeń zagranicznych

e. dochody osiągane za granicą

**….............................**

**….............................**

**….............................**

***\*) W pozycjach a, b, c, d, e w przypadku braku*** ź***ródła dochodu wpisa***ć ***0.***

1. **ŁĄCZNY ROCZNY DOCHÓD brutto RODZINY**

**Ś*REDNI MIESI*Ę*CZNY DOCHÓD NA OSOB*Ę *W RODZINIE obliczamy:***

**poz. A** *podzieli*ć*przez 12 miesi*ę*cy i przez ilo*ść*osób w rodzinie*

**Prawdziwo**ść **wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnor**ę**cznym podpisem,** ś**wiadomy/a odpowiedzialno**ś**ci okre**ś**lonej w § 9 ust. 6 Regulaminu ZF**Ś**S.**

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. Przedział dochodowo**ś**ci:** | **do 4666 zł \*** |
| niepotrzebne skreślić**\*** | **od 4667 do 5833 zł \*** |
| **od 5834 do 6999 zł \*** |
|  | **od 7000 do 8166 zł \*** |
|  | **powyżej 8166 zł \*** |
| **…………………………………………........................** |  |
| data i podpis wnioskodawcy |  |

**V. Opinia Komisji Socjalnej:** Ś***wiadczenie przyznano / nie przyznano\* zgodnie z Regulaminem ZF***Ś***S.***

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

……………………………………………

*podpis przewodnicz*ą*cego Komisji*

**Zatwierdzam:**

………………………………………………….

*Kanclerz*

**niepotrzebne skre**ś**li**ć**\***

**Uwaga!**

**DO KORZYSTANIA Z FUNDUSZU UPRAWNIENI S**Ą**:**

1. Pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony i określony w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy.

1. Pracownicy przebywający na urlopach: związanych z rodzicielstwem, na poratowanie zdrowia, płatnych naukowych.
2. Emeryci i renciści, którzy przeszli na emeryturę lub rentę z PANS w Nysie.

4. Członkowie rodzin pracowników oraz emerytów i rencistów (współmałżonkowie, dzieci własne i przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, wnuki i rodzeństwo będące na wyłącznym utrzymaniu pracownika do lat 18 lub do ukończenia nauki nie dłużej niż do ukończenia 25. roku życia – jeżeli osoby te są inwalidami I lub II grupy świadczenia te przysługują bez względu na wiek).

**Osoby uprawnione mog**ą **skorzysta**ć **z nast**ę**puj**ą**cych** ś**wiadcze**ń **socjalnych:**

* dopłaty do wypoczynku dzieci i młodzieży, określonego w §13 ust. 1 pkt 6 Regulaminu ZFŚS,
* zapomóg.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Nysie, ul. Armii Krajowej 7,
48-300 Nysa

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pans.nysa.pl

3) celem przetwarzania jest zatrudnianie, pomoc socjalna, zapewnienie świadczeń socjalnych oraz bezpieczeństwo i organizacja pracy na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia
27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r., Ustawy Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce z dnia 20 lipca 2018 r. oraz regulaminu ZFŚS w PANS w Nysie

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą: Medycyna pracy, ZUS, US, Ubezpieczenia grupowe, Biura podróży

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy a w pozostałych przypadkach do ustania przyczyn biznesowych oraz do momentu odwołania zgody

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne