

Dochód wymienionych wyżej osób zgodnie z regulaminem ZFŚS kwalifikuje się do grupy:

Wysokość dochodu brutto na 1 członka w rodzinie	Grupa zaszeregowania wg dochodu	Zaznacz właściwą grupę
do 1800,00 zł	A	<input type="checkbox"/>
od 1800,01 zł do 2800,00zł	B	<input type="checkbox"/>
od 2800,01 zł do 3800,00 zł	C	<input type="checkbox"/>
od 3800,01 zł	D	<input type="checkbox"/>

(Dochód oblicza się na podstawie rocznego zeznania PIT wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.)

II. Z powodu trudnej sytuacji materialnej ubiegam się o dofinansowanie na:

(należy podać przewidywane koszty)

- opłaty: czynsz, media zł,
 zakup odzieży, obuwia, zł,
 inne: zł.

**III. Z powodu długotrwałej lub nagłej choroby (podać czyjej)
ubiegam się o dofinansowanie na:**

(należy podać przewidywane koszty)

- zakup leków (miesięcznie) zł,
 zapewnienie odpłatnej domowej opieki osobie chorej lub niepełnosprawnej (miesięcznie) zł,
 odpłatne zabiegi operacyjne zł,
 odpłatną rehabilitację zł,
 zakup sprzętu rehabilitacyjnego zł,
 zakup aparatu słuchowego zł,
 inne: zł.

Załączniki: karta informacyjna leczenia lub aktualne zaświadczenie lekarskie, faktury za leki i leczenie oraz inne wydatki spowodowane chorobą.

IV. Z powodu nieszczęśliwego zdarzenia losowego proszę o pomoc w likwidacji szkody.

Opis skutków zdarzenia losowego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załączniki: poświadczenie zdarzenia, wycena szkód, faktury dokumentujące poniesione koszty usunięcia szkód.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma/my odpowiedzialności regulaminowej i karnej. Wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych.

Wartość przyznanej kwoty zapomogi podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych.

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

WYPEŁNIA PRACOWNIK ZAJMUJĄCY SIĘ FUNDUSZEM ZAPOMOGOWYM

Data i kwota ostatnio przyznanej zapomogi: __ . __ . ____ r.

(data)

..... zł

(kwota)

Decyzja Komisji Zapomogowej z dnia __ . __ . ____ r.

Komisja postanowiła przyznać zapomogę w kwocie zł

(słownie złotych:)

Komisja postanowiła nie przyznawać zapomogi z powodu:

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

Uwagi Komisji:

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

Podpisy członków Komisji:

1

2

3

4

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 („Ogólne rozporządzenie o ochronie danych”, Dz.Urz.UEL119 z 04.05.2016 str.1) pragniemy Państwa poinformować że:

Administratorem przekazanych danych jest Multiserwis Sp. z o.o., ul. Prudnicka 40, 47-300 Krapkowice, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000120630, NIP: 1180021492, e-mail w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych do.multiserwis@bilfinger.com
tel. +48 77 4009 100;

- 1) Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procesu rejestracji i analizy złożonego wniosku, a także w celu realizacji wnioskowanego świadczenia;
- 2) Dane osobowe nie będą przekazywane żadnym odbiorcom zewnętrznym;
- 3) Pani/Pana dane nie podlegają profilowaniu lub procesom zautomatyzowanego podejmowania decyzji;
- 4) Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat od zakończenia roku w którym wniosek został złożony;
- 5) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże nieprzekazanie danych osobowych skutkuje niemożnością uzyskania świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
- 6) Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego tj. poza Europejski Obszar Gospodarczy;
- 7) Informujemy, że przysługuje Państwu prawo do:

Żądania od administratora dostępu do dotyczących Państwa danych osobowych, żądania sprostowania Państwa danych osobowych, żądania usunięcia Państwa danych, żądania ograniczenia przetwarzania tych danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych, żądania przenoszenia danych, cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie (przy czym cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem). Żądanie realizacji w/w praw może Pani/Pan zgłosić na adres do.multiserwis@bilfinger.com lub adres korespondencyjny spółki. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi z zakresu ochrony danych osobowych do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Multiserwis Sp. z o.o., ul. Prudnicka 40, 47-300 Krapkowice, moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku, oraz innych dołączonych przeze mnie dokumentach, w celu ich wykorzystania do procesu rejestracji i analizy złożonego wniosku, a także w celu realizacji wnioskowanego świadczenia w ramach Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych prowadzonego przez spółkę Multiserwis Sp z o.o.

Oświadczam, że podaję dane i wyrażam zgodę dobrowolnie i w sposób świadomy, zaś administrator danych przed wyrażeniem niniejszej zgody przekazał mi informacje, o których mowa w art. 13 RODO, w tym informację o możliwości cofnięcia wyrażonej zgody.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że jestem upoważniona/y do podania danych osobowych pozostałych osób ujętych we wniosku, a także, że przekażę im informację o których mowa w art. 13 RODO, w tym informację o możliwości cofnięcia wyrażonej zgody.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)