

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
nr emerytury / renty (w przypadku emerytów i rencistów)

.....
nr telefonu (w przypadku emerytów/ rencistów)

.....
nr konta bankowego (w przypadku emerytów/ rencistów)

Kujawsko-Pomorskie Biuro Planowania
Przestrzennego i Regionalnego we Włocławku

WNIOSEK o przyznanie świadczenia socjalnego z ZFŚS

Proszę o przyznanie, zgodnie z Regulaminem następujących świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dofinansowania do wypoczynku:
(proszę zaznaczyć formę dopłaty) | <input type="checkbox"/> dopłata do różnych form wypoczynku krajowego i zagranicznego |
| | <input type="checkbox"/> dopłata do wypoczynku organizowanego we własnym zakresie (tzw. wczasów pod gruszą) |
| <input type="checkbox"/> dofinansowania do zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie kolonii wypoczynkowych i zdrowotnych, obozów i zimowisk | |
| <input type="checkbox"/> zwrotnej pożyczki mieszkaniowej i remontowej | |
| <input type="checkbox"/> pomocy rzeczowej i finansową w szczególnych przypadkach indywidualnych zdarzeń losowych (tzw. zapomoga) ¹ | |

Informuję, że w skład mojej rodziny wchodzi, w rozumieniu § 4 ust. 1 regulaminu ZFŚS ___ osoba/osób w tym ___ dziecko/dzieci (podać dane dziecka/dzieci):

1).....
Imię nazwisko dziecka; data urodzenia

2).....
Imię nazwisko dziecka; data urodzenia

3).....
Imię nazwisko dziecka; data urodzenia

4).....
Imię nazwisko dziecka; data urodzenia

5).....
Imię nazwisko dziecka; data urodzenia

Informuję, że średni dochód miesięczny brutto przypadający na osobę w mojej rodzinie, zgodnie z załącznikiem Nr 2 do Regulaminu, kwalifikuje mnie do ___ kategorii dochodowości (podać numer kategorii).

Dodatkowo informuję, że w skład mojej rodziny wchodzi ___ osoba/osób o udokumentowanym stopniu niepełnosprawności. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma(y) odpowiedzialności przewidzianej w § 6 ust. 3 i ust. 4 Regulaminu.

Oświadczam, że Biuro było moim ostatnim pracodawcą przed przejściem na emeryturę/rentę oraz, że po przejściu na ww. świadczenie nie byłem zatrudniony w stosunku pracy u innego pracodawcy.²

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

¹ W przypadku prośby o zapomogę do wniosku należy złożyć pisemne uzasadnienie ² Dot. emerytów lub rencistów

Obowiązek informacyjny Administratora Danych Osobowych
Klauzula informacyjna dla osób uprawnionych do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Kujawsko - Pomorskiego Biura Planowania Przestrzennego i Regionalnego we Włocławku

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia PE 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, zwanego dalej RODO informuję, że:

1. ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem Państwa danych osobowych jest Kujawsko - Pomorskie Biuro Planowania Przestrzennego i Regionalnego z siedzibą we Włocławku, Bulwary im. Marsz. J. Piłsudskiego 5b, 87-800 Włocławek (dalej: KPBPPiR we Włocławku). Kontakt telefoniczny: 54 231 55 18, adres poczty elektronicznej: sek.wloc@biuro-planowania.pl.

2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Z Inspektorem Ochrony Danych można się skontaktować poprzez e-mail: iod@biuro-planowania.pl lub telefonicznie: 54 231 55 18, w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Państwa danych osobowych.

3. CEL PRZETWARZANIA DANYCH I PODSTAWY PRAWNE

Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu korzystania ze świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na podstawie art. 8 ust. 1a ustawy z 4 marca 1994 o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych

4. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH

- Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż niezbędny do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora Danych oraz ochrony Państwa interesów.
- Państwa dane osobowe będą przetwarzane do momentu ustania celu przetwarzania lub przez okres wynikający z kategorii archiwalnej dokumentów, w których ujęte są dane, określonej w przepisach wykonawczych do ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. ODBIORCY DANYCH

Państwa dane osobowe przekazujemy:

- podmiotom uprawnionym na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, np.: organy podatkowe, Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- podmiotom, które w imieniu Administratora Danych wykonują niektóre czynności przetwarzania danych osobowych (np. obsługują nasze systemy informatyczne), z podmiotami takimi zawieramy odpowiednie umowy, a udostępniane im dane nie mogą być wykorzystywane na ich własne potrzeby lub w sposób, który nie został przez nas zaaprobowany,
- Administrator Danych nie przekazuje Państwa danych poza Europejski Obszar Gospodarczy oraz do organizacji międzynarodowych.

6. PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ

Przysługują Państwu następujące uprawnienia:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
- prawo do usunięcia danych osobowych,
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa.
- W każdej chwili przysługuje Państwu również prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli stanowiła ona podstawę przetwarzania danych. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Państwa zgody przed jej wycofaniem.
- Oprócz tego mogą Państwo wnieść skargę wobec przetwarzania Państwa danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

7. PODANIE DANYCH

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości przyznania świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.