|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………**Imię i Nazwisko** …………………………………………………………**Adres zamieszkania** **Emeryt/Rencista\***\*niepotrzebne skreślić …………………………………………………………**Telefon****Proszę o wysyłanie wniosku w kolejnym roku:**(*\*Proszę zaznaczyć znakiem* ***X*** *odpowiedni wariant wysyłania wniosku*)[ ]  Pocztą tradycyjną ☐ Drogą elektroniczną na adres e-mail……………………………………………….……… | ***Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu******Dział Spraw Pracowniczych******ul. Marcinkowskiego 2-6******50-368 Wrocław*** |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE**

**JESIENNO-ZIMOWEJ POMOCY MATERIALNEJ**

1. Wnioskuję o przyznanie pomocy jesienno-zimowej dla emerytów i rencistów Uczelni.
2. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto na osobę w moim gospodarstwie domowym w roku ubiegłym wynosił:

*(proszę zaznaczyć znakiem* ***X*** *odpowiedni wariant)*

[ ]  do 1.500 zł brutto/os.

[ ]  od 1.501 zł brutto/os. do 2.600 zł brutto/os.

[ ]  od 2.601 zł brutto/os. do 4.700 zł brutto/os.

[ ]  powyżej 4.701 zł brutto/os.

1. Przyznane świadczenie proszę przekazać:

(*proszę zaznaczyć znakiem* ***X*** *odpowiedni wariant*)

☐ na rachunek bankowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer rachunku bankowego

jeżeli numer rachunku bankowego się nie zmienił proszę zakreślić: **Został podany**

☐ na adres zamieszkania (przekaz będzie realizowany po 1 grudnia bieżącego roku)

1. Wnioskuję o dopłatę do wypoczynku dzieci: (dotyczy jedynie dzieci uczących się do 25 roku życia, pozostających na wyłącznym utrzymaniu rodziców). W przypadku ubiegania się o refundację kosztów kolonii/półkolonii lub obozów wakacyjnych należy do wniosku załączyć imienny dokument potwierdzający poniesiony koszt i uczestnictwo dziecka w zorganizowanej formie wypoczynku.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko dziecka** | **Data urodzenia** | **Forma dopłaty (należy wybrać jedną z niżej wymienionych form dopłaty):** 1) ekwiwalent 2) refundacja kolonii/półkolonii/obozu 3) refundacja pobytu w żłobku/przedszkolu |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną na odwrocie wniosku oraz Regulaminem ZFŚS. Świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego) potwierdzam prawdziwość wyżej przedstawionych danych.

 ………………………………………..

data i podpis wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych – RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z siedzibą przy Wybrzeżu Pasteura 1, 50-367 Wrocław, zwany dalej „Administratorem”, reprezentowanym przez Rektora;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych pod adresem e-mail: iod@umw.edu.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach: rozpatrzenia wniosku i/lub przyznania świadczeń wypłacanych na wniosek ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest: ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 288) oraz Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu;
5. Administrator nie udostępnia Pani/Pana danych osobowych żadnym odbiorcom, z wyjątkiem przypadków, gdy obowiązek taki wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.
6. Administrator może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w imieniu Administratora;
7. Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane osobowe przez okres procedowania w sprawie przyznania świadczeń wypłacanych ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i/lub wypłaty przedmiotowych świadczeń, a następnie przez okres wymagany na podstawie obowiązujących przepisów dla wykonywania obowiązków archiwizacyjnych;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo odstępu od treści swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku podejrzenia, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa;
10. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne a niepodanie danych będzie skutkowało pozostawieniem wniosku o przyznanie świadczeń finansowanych z ZFŚS bez rozpatrzenia i/lub niemożnością wypłaty przedmiotowych świadczeń;
11. Administrator nie stosuje podejmowania decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym „profilowania” danych, o którym mowa w art. 4 pkt 4) RODO, co oznacza formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej.