**W N I O S E K**

**o przyznanie zapomogi z tytułu:**

□ długotrwałej choroby własnej lub najbliższego członka rodziny

□ nieszczęśliwego zdarzenia losowego

1. **Dane wnioskodawcy:**

Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………….

PESEL ……………………………………………………………………………………………………….

Telefon ……………………………………..… adres e-mail ………………………………………………

Miejsce pracy ………………………………………………………………………………………………..

 (Katedra/Klinika/Zakład/Dział/Emerytura/Renta)

Średni miesięczny dochód brutto z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku (ze wszystkich źródeł zarobkowania) na osobę w gospodarstwie domowym: ……………………………………………………..

Liczba i wiek osób uprawnionych[[1]](#footnote-1) wchodzących w skład gospodarstwa domowego: …..…………………

1. **Uzasadnienie wniosku** ...........................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **Przyznane świadczenie proszę przekazać (wypełnia tylko emeryt/rencista Uczelni2):**

(*proszę zaznaczyć znakiem X odpowiedni wariant*)

☐ na rachunek bankowy podany poniżej

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

numer rachunku bankowego

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

☐ na adres zamieszkania

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną na odwrocie wniosku oraz z Regulaminem ZFŚS. Świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego) potwierdzam prawdziwość wyżej przedstawionych danych.
2. Do wniosku załączam rachunki/faktury w ilości............................, na łączną kwotę ........................................ zł oraz niżej wymienione dokumenty:

………………………………………………………………………………………………………………………

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

data i podpis wnioskodawcy

Decyzja Komisji Socjalnej

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

…………………………………………….

podpisy członków Komisji

**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.
1. Osoby uprawnione tj.: pracownicy, emeryci, renciści oraz członkowie ich rodzin czyli małżonkowie, pozostające na utrzymaniu dzieci do 18 roku życia lub do 25 roku życia jeśli się uczą i nie uzyskują dochodów, członkowie rodzin po zmarłych pracownikach, jeżeli byli na ich utrzymaniu.

2 **W przypadku pracowników, świadczenie jest przekazywane w taki sam sposób jak wynagrodzenie za pracę.** [↑](#footnote-ref-1)