Załącznik nr 3 do Regulaminu

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI LOSOWEJ/SOCJALNEJ**

1. Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………………………………………………
2. Nr PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Adres korespondencyjny: ………………………………………………………………………………………………………..
4. Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Nazwa i adres placówki …………………………………………………………………………………………………………..
6. Miesięczny dochód rodziny**\*** …………………………………………………………..………………………………………
7. Ilość osób w rodzinie ……………………………………………………………………………………………………………….

**\* Miesięcznym dochodem rodziny jest:** roczna suma dochodów wnioskodawcy i współmałżonka/ partnera oraz innych członków rodziny na podstawie PIT-ów za ubiegły rok, a także roczny dochód   
z tytułu renty, emerytury i innych dochodów, po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne, zgodnie z ustawą o podatku dochodowym, podzielone na 12 miesięcy i podzielone przez ilość osób   
w rodzinie.

Do członków rodziny należą: małżonek, dzieci do 18 roku lub do ukończenia 25 lat, które się uczą oraz przysposobione, przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, dzieci współmałżonków, wnuki, w stosunku do których istnieje obowiązek alimentacyjny oraz pozostałe osoby zgodnie   
z Regulaminem ZFŚS.

1. Uzasadnienie wniosku

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oświadczam, że dochód w mojej rodzinie jest podany za wszystkich źródeł utrzymania, a dane zawarte we wniosku są prawdziwe. Oświadczam również że mam świadomość, że złożenie nieprawdziwego oświadczenia w celu uzyskania świadczenia nienależnego jest czynnością, która może doprowadzić do oszustwa zgodnie z art. 286 § 1 Kodeksu karnego.

Zapoznałam/em się z Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych dla pracowników, byłych pracowników, emerytów, rencistów i ich rodzin – osób uprawnionych do korzystania z funduszu Szkoły Podstawowej nr 83 im. Jana Kasprowicza we Wrocławiu.

Administratorem danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 83 im. Jana Kasprowicza we Wrocławiu, al. Boya Żeleńskiego 32, 51-160 Wrocław. Kontakt z nami jest możliwy pod adresem e-mail: [sekretariat@sp83wro.pl](mailto:sekretariat@sp83wro.pl) bądź pod numerem telefonu: (71) 7986869. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: CORE Consulting, ul. Wyłom 16, 61-671 Poznań, [inspektor@coreconsuting.pl](mailto:inspektor@coreconsuting.pl). Dane przetwarzamy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w celu procedowania Twojego wniosku o udzielenie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, a jeśli Twój wniosek zostanie rozpatrzony pozytywnie – celem udzielenia świadczenia, zgodnie z naszym Regulaminem ZFŚS. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne są w sekretariacie oraz na <https://sp83wroclaw.szkolnastrona.pl/> w zakładce dotyczącej ochrony danych osobowych (RODO) – Klauzula informacyjna – ZFŚS.

Przyznaną kwotę dofinansowania proszę przekazać (niepotrzebne skreślić)

- na moje konto osobiste, nr konta ………………………………………………………………………………………………………

- do kasy CUI

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

**data i czytelny podpis wnioskodawcy**