Załącznik Nr 3

do Zarządzenia Rektora Nr …../2020

........................................................................................................... **Siedlce, dnia ………………………..…….**

(nazwisko i imię)

…………………………………………………………………………….

 (adres)

 …………………………………………………………………………….

 (nr Pesel)

 ……………………………………………………………………………

 (nr konta)

**Oświadczenie**

**osoby uprawnionej do świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

**Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach**

Oświadczam, że:

1. została mi przedstawiona informacja wynikająca z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 (RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich
i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach;
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu postępowania o przyznanie świadczeń z ZFŚS zgodnie
z przepisami. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny
w Siedlcach (ul. Konarskiego 2, 08-110 Siedlce). Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane. Podstawą przetwarzania danych wnioskodawcy jest Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach, który został ustalony na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych i uzgodniony z funkcjonującymi
w Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach związkami zawodowymi.

**…………………………………….**

 **(podpis wnioskodawcy)**

**WNIOSEK**

**o przyznanie z ZFŚS dopłaty do wypoczynku profilaktyczno-leczniczego dla emeryta /rencisty**

Proszę o dopłatę do wypoczynku profilaktyczno-leczniczego, który zorganizuję **we własnym zakresie.**

**Oświadczam, że członkami mojej rodziny są niżej wymienione osoby, które w ostatnim rozliczonym z organem podatkowym roku podatkowym osiągnęły niżej ujęte roczne przychody:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwisko i imię**  | **Data urodzenia**  | **Stopień pokrewieństwa**  | **Miejsce nauki dzieci** | **Przychód z roku kalendarzowego**  | **Załączniki przedstawione** **do wglądu pracownika socjalnego**  |
|   |   |   | **wnioskodawca**  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  | **OGÓŁEM** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |   |

**Średni miesięczny przychód z roku kalendarzowego poprzedzającego datę złożenia wniosku na jednego członka rodziny wynosi zł**

#

**Jednocześnie oświadczam**, że uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1, w związku z art. 233 § 6 Kodeksu Karnego potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku.

Zostałem poinformowany, że wniosek złożony bez wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych podlega zwrotowi lub zniszczeniu w przypadku gdy kontakt z wnioskodawcą jest niemożliwy lub znacznie utrudniony. Kserokopie dokumentów potwierdzających wysokość przychodu, które zostaną dostarczone do pracownika do spraw socjalnych będą na bieżąco weryfikowane i niszczone.

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

 ***(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)* *(podpis wnioskodawcy*)**

 **Objaśnienia**

1. Za przychód uważa się wszelkie przychody zarówno opodatkowane jak i nieopodatkowane.
2. Do przychodów zalicza się w szczególności przychody z tytułu :
	1. pracy, działalności gospodarczej, umów zlecenia lub o dzieło,
	2. zasiłków pielęgnacyjnych, rodzinnych i wychowawczych oraz dodatków dla sierot zupełnych,
	3. świadczeń otrzymanych z powodu odbywania przez członka gospodarstwa domowego zasadniczej służby wojskowej,
	4. środków za rozłąkę,
	5. świadczeń wypłacanych załogom pływającym,
	6. świadczeń z pomocy społecznej,
	7. prowadzenie gospodarstwa rolnego, ustalone z zastosowaniem hektarów przeliczeniowych wg zasad określonych w przepisach o podatku rolnym,
	8. alimentów, stypendiów, emerytur i rent , w tym rent zagranicznych
	9. dywidend i innych periodycznie uzyskiwanych przychodów, zwłaszcza z najmu lub dzierżaw, praw autorskich lub wykonywania wolnych zawodów oraz oszacowane przez wnioskodawcę przychody z ryczałtu ewidencjonowanego i karty podatkowej.

Emeryci i renciści, którzy nie przedłożą dokumentów (kopii) potwierdzających wysokość przychodu w postaci: rocznych zeznań podatkowych potwierdzonych przez Urząd Skarbowy swoich i członków ich rodzin lub zaświadczeń z ZUS **mogą otrzymać wyłącznie najniższą** dopłatę do wypoczynku profilaktyczno-leczniczego. Emeryci i renciści, którzy zadeklarowali kwotę przychodu przypadająca na jednego członka rodziny, która uprawnia do otrzymania najniższej dopłaty do wypoczynku profilaktyczno-leczniczego według tabeli stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu, **zwolnieni są z obowiązku przedkładania dokumentów potwierdzających wysokość przychodu.**

 **Emeryt/rencista:**

* **spełnia / nie spełnia \*określone w regulaminie wymogi do przyznania w/w świadczenia z Funduszu,**
* **przychody wykazane we wniosku są zgodne z przedstawionymi załącznikami .**

 **………………………………………………...**

 ***(data i podpis pracownika socjalnego)***

**Wniosek Komisji ds. Socjalnych :**

**Przyznaję \* nie przyznaję \* dopłatę do wypoczynku profilaktyczno-leczniczego , w kwocie.................................,**

**Nie przyznaję świadczenia z powodu \*.......................................................................................................**

**Siedlce, dnia............................... ........................................**

 ***( podpisy członków Komisji )***

**\* niepotrzebne skreślić**

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.) Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, reprezentowany przez Rektora z siedzibą
przy ul. Konarskiego 2, 08-110 Siedlce;
2. Prawidłowość przetwarzania danych osobowych nadzoruje Inspektor ochrony danych z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uph.edu.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych przy Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach;
4. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (Dz.U. UE L119 z 4.05.2016 r.);
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane;
6. Państwa dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom działającym na zlecenie administratora danych, z których usług UPH korzysta przy
ich przetwarzaniu, np. podmiotom świadczącym usługi IT w zakresie wsparcia serwisowego oraz podmiotom zewnętrznym w przypadkach przewidzianych przepisami prawa;
7. Dane przechowywane będą przez okres wymagany przepisami prawa w zakresie niezbędnym do realizacji określonych celów do jakich zostały zebrane;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie jednak nie później
 niż do wypłaty świadczenia. Cofnięcie zgody następuje na piśmie;
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.