**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA DO LECZENIA SANATORYJNEGO/   
WCZASÓW PROFILAKTYCZNO – LECZNICZYCH - były pracownik EMERYT/ RENCISTA**

Wpłynęło do DSOS:

Nr komputerowy……………………… imię i nazwisko……………………………………………………………………………………….…..

Nr telefonu ……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

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

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

Nr rachunku bankowego:

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

**Oświadczenie byłego pracownika emeryta/rencisty**

*Pobieram świadczenia socjalne u innego byłego pracodawcy\** TAK NIE

*Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy (stosunek pracy)\** TAK NIE

**\*proszę odpowiednie zaznaczyć**

Koszt na osobę: ...…….…………………..………. Razem: ……………………….……………

Miejsce ………………………………………….. Termin …………………………………….

**Do wniosku należy dołączyć: skierowanie od lekarza, fakturę za pobyt sanatoryjny, kartę zabiegów leczniczych.**

**Forma płatności\* *(zmiany numeru konta bankowego, adresu zamieszkania należy zgłaszać w formie pisemnej)***

przekaz pocztowy na adres zamieszkania

przelew na konto bankowe

**\*proszę odpowiednie zaznaczyć**

**OŚWIADCZENIE EMERYTA/RENCISTY O PRZYCHODACH RODZINY**

Oświadczam, iż średni miesięczny przychód przypadający na jednego członka rodziny, obliczony w oparciu o wszystkie przychody osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, osiągnięte w ubiegłym roku podatkowym mieści się w przedziale:

**do 2.500 zł powyżej 2.500 zł do 3.500 zł powyżej 3.500 zł do 4.500 zł powyżej 4.500 zł**

W ramach kontroli funkcjonalnej sprawowanej przez Dział Spraw Osobowych i Socjalnych lub na wniosek Międzyzwiązkowego Zespołu ds. Socjalnych, w celu sprawdzenia wiarygodności składanych oświadczeń o średnim miesięcznym przychodzie na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym oraz kompletności danych zawartych we wniosku, pracownik ds. socjalnych zażąda przedłożenia **do wglądu** zaświadczenia z Urzędu Skarbowego (kopii PIT-ów złożonych w Urzędzie Skarbowym) o przychodach osoby uprawnionej i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

* **Zatajenie faktycznego poziomu przychodów przez osoby ubiegające się o uzyskanie pomocy ze środków Funduszu** **powoduje utratę prawa do jakichkolwiek świadczeń w bieżącym i następnych 2 lat kalendarzowych.**
* **Odmowa przedłożenia do wglądu żądanych dokumentów spowoduje utratę prawa do jakichkolwiek świadczeń w bieżącym   
  i następnych 2 lat kalendarzowych.**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o sposobie i celu przetwarzania danych, a także o przysługujących mi prawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 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 (w skrócie RODO):

* **w stosunku do pracowników** w klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej załącznik K5 do Polityki Bezpieczeństwa Informacji w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach (zarządzenie Rektora UŚ 153/2018);
* **w stosunku do osób uprawnionych do korzystania z ZFŚS niebędących pracownikami UŚ** w klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej *załącznik nr 3 do Regulaminu Zakładowego Funduszu świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Śląskiego*.

**Wiarygodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem i  oświadczam, iż zapoznałam/em/ się z treścią   
Regulaminu ZFŚS.**

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

data i podpis wnioskodawcy

**PROPOZYCJA MIĘDZYZWIĄZKOWEGO ZESPOŁU DS. SOCJALNYCH**

Komisja proponuje: przyznać, nie przyznać

## DOFINANSOWANIE

|  |  |
| --- | --- |
| **EMERYT/RENCISTA** | |
|  |  |

**Podpisy członków komisji:** ……………………………….… …………………………………

……………………………….… …………………..…….……….

**DZIAŁ SPRAW OSOBOWYCH I SOCJALNYCH**

Zgodnie z protokołem nr ……………. z dnia …….……………..……. przyznano / nie przyznano dofinansowanie do leczenia sanatoryjnego w wysokości …………………… zł

Sprawdzono pod względem formalnym ……………………………………………….

podpis pracownika DSOS