**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE OPŁAT Z TYTUŁU UCZĘSZCZANIA DZIECKA   
DO ŻŁOBKA, PRZEDSZKOLA   
LUB KORZYSTANIA Z USŁUG OPIEKI SPRAWOWANEJ PRZEZ DZIENNEGO OPIEKUNA LUB NIANIĘ   
PRACOWNIK/były pracownik: EMERYT/RENCISTA**

Wpłynęło do DSOS:

Nr pracownika/komputerowy…………………… imię i nazwisko…………………………………………………………………………………..

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

**Adres zamieszkania byłego pracownika** ……………………………………………………………………………………………….……….….

**Nr rachunku bankowe byłego pracownika\*:**…………………..................................................................………………………………………/  
 **NR** **RACHUNKU BANKOWEGO:** ***BEZ ZMIAN*\***

Proszę **podkreślić** właściwe **i/lub** odpowiednio wypełnić\*

**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**

.

**\*Nr prac. drugiego rodzica dziecka,   
 zatrudnionego w UŚ:** …………………… **Imię i nazwisko**: ……………………....................................………………….  
**\* jeśli dotyczy**

**Proszę o przyznanie dofinansowania z ZFŚS dla niżej wymienionych osób:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL dziecka/dzieci**\*** | Stopień pokrewieństwa: **córka/syn** | Data urodzenia dziecka/dzieci |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***\*PESEL podajemy jednorazowo wyłącznie gdy wnioskodawca ubiega się po raz pierwszy o świadczenie dla członków rodziny.***

1. **Do wniosku należy załączyć:** dowód zapłaty wystawiony imiennie na osobę uprawnioną albo współmałżonka (np. potwierdzenie przelewu bankowego, druk KP - Dowód wpłaty). Oprócz dokumentów zapłaty potwierdzających wysokość poniesionych kosztów osoba uprawniona składa oświadczenie, które stanowi *załącznik* do wniosku o świadczenie, zawierające kwotę podlegającą dofinansowaniu, imię i nazwisko dziecka wraz ze wskazaniem okresu, którego opłata dotyczy. W przypadku korzystania z **usług opieki sprawowanej przez** **dziennego opiekuna lub nianię**, dodatkowo wymagane jest przedstawienie **do wglądu** zawartej umowy.
2. **Dowody wpłaty/przelewy** wraz z **oświadczeniem** za dany miesiąc będą przyjmowane **do 15 dnia następnego miesiąca**,   
   za wyjątkiem kosztów dotyczących listopada i grudnia w związku z nieprzekraczalnym terminem przyjmowania dokumentów na dany   
   rok kalendarzowy **do 5 grudnia**.

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

przekaz pocztowy na adres zamieszkania\*

przelew na konto bankowe\*

**\*proszę odpowiednie zaznaczyć**

**OŚWIADCZENIE O PRZYCHODACH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Oświadczam, iż średni miesięczny **PRZYCHÓD** BRUTTO przypadający na jednego członka mojego gospodarstwa domowego, obliczony   
w oparciu o wszystkie przychody osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym (zamieszkujących razem i wspólnie utrzymujących się), osiągnięte w ubiegłym roku podatkowym mieści się w przedziale:

**do 3.000 zł powyżej 3.000 zł do 4.000 zł powyżej 4.000 zł do 5.000 zł powyżej 5.000 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 każdą z osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z osobą wnioskującą (uprawnioną) 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.**

*Proszę o* ***złożenie podpisu*** *pod treścią wniosku oraz oświadczeń »»»*

**…………………………………………………………………**

**data i podpis wnioskodawcy**

**PROPOZYCJA MIĘDZYZWIĄZKOWEGO ZESPOŁU DS. SOCJALNYCH**

Komisja proponuje: przyznać, nie przyznać

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRACOWNIK/EMERYT/RENCISTA** | | **DZIECI** | | | **WSPÓŁMAŁŻONEK** | |
| **KWOTA:** |  | **LICZBA OSÓB:** |  | **KWOTA:** | **KWOTA:** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## DOFINANSOWANIE

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

**………………………………………… ………………………………...……………**

**DZIAŁ SPRAW OSOBOWYCH I SOCJALNYCH**

Zgodnie z protokołem nr ……….……………........ z dnia ………………………..……………….. przyznano / nie przyznano dofinansowanie

do …………………………………………………………………………………………….……… w wysokości ………………...…………… zł

Sprawdzono pod względem formalnym ……….………………………………………. podpis pracownika DSOS

**Załącznik do wniosku o** DOFINANSOWANIE OPŁAT Z TYTUŁU UCZĘSZCZANIA DZIECKA DO ŻŁOBKA, PRZEDSZKOLA LUB KORZYSTANIA Z USŁUG OPIEKI SPRAWOWANEJ PRZEZ DZIENNEGO OPIEKUNA LUB NIANIĘ

**OŚWIADCZENIE**

**osoby uprawnionej do korzystania z ZFŚS w zakresie opieki nad dziećmi   
w ramach wychowania przedszkolnego**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr pracowniczy: |  |
| Imię i nazwisko pracownika: |  |
| Imię i nazwisko dziecka: |  |
| Miesiąc pobytu: |  |
| Odpłatność za godziny nauczania, wychowania i opieki **(bez wyżywienia)**: |  |

…………………………………………………………………

data i podpis wnioskodawcy