

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

Wpłynęło do BSS:

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

**Nr telefonu** .....

Adres zamieszkania .....

**Nr rachunku bankowego\***: .....

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

NR RACHUNKU BANKOWEGO: **BEZ ZMIAN\***

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 odpowiednio 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 Biuro Spraw 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 następnym roku kalendarzowym.**
- **Odmowa przedłożenia do wglądu żądanych dokumentów spowoduje utratę prawa do jakichkolwiek świadczeń w bieżącym i następnym roku kalendarzowym.**

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 oświadczenia** »»»

.....  
**data i podpis wnioskodawcy**

**OŚWIADCZENIE BYŁEGO PRACOWNIKA: EMERYTA/RENCISTY:**

**Oświadczam, że moja emerytura nie została zawieszona.** »»»

.....  
**data i podpis wnioskodawcy**

Komisja proponuje:  przyznać ..... zł  
(kwota dofinansowania)

nie przyznać .....  
(powód)

**Podpisy członków komisji:**

.....  
.....

---

### **BIURO SPRAW SOCJALNYCH**

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

Sprawdzono pod względem formalnym

.....  
podpis pracownika BSS