**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA DO LECZENIA SANATORYJNEGO / WCZASÓW PROFILAKTYCZNO – LECZNICZYCH**

- trwających co najmniej 7 dni kalendarzowych odbytych w ramach urlopu wypoczynkowego lub zwolnienia lekarskiego, § 14 ust. 4 Regulaminu ZFŚS.

**(należy dołączyć: skierowanie od lekarza, fakturę za pobyt sanatoryjny, kartę zabiegów leczniczych)**

**Status zatrudnienia PRACOWNIK EMERYT/ RENCISTA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | | |
| imię i nazwisko | | |  | imię i nazwisko współmałżonka pracującego w UŚ | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| nr pracownika |  | nr telefonu służbowego |  | nr pracownika |  | nr telefonu służbowego |

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

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

**Wypełniają emeryci, renciści : przekaz pocztowy**

**przelew na konto:** ………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA / EMERYTA 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 2.000 zł powyżej 2.000 zł do 3.000 zł powyżej 3.000 zł do 4.000 zł powyżej 4.000 zł**

W celu sprawdzenia **wiarygodności składanych oświadczeń o średnim miesięcznym przychodzie na** **członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym**, pracownik ds. socjalnych,

**a/** w ramach kontroli funkcjonalnej sprawowanej przez Dział Spraw Osobowych i Socjalnych, w przypadku stwierdzenia różnic w zdeklarowanych przez osobę uprawnioną do świadczeń socjalnych progach przychodu w ciągu tego samego roku kalendarzowego,

**b/** na wniosek **Międzyzwiązkowego Zespołu ds. Socjalnych**, który przed każdym posiedzeniem Zespołu **wybierze losowo grupę osób podlegających sprawdzeniu**,

zażąda przedłożenia **zaświadczenia z Urzędu Skarbowego** lub **wyłącznie do wglądu** kopii PIT – ów złożonych w Urzędzie Skarbowym o przychodach członków rodziny pozostających z pracownikiem, emerytem/rencistą we wspólnym gospodarstwie domowym, przed wypłatą świadczenia.

Odmowa przedłożenia dokumentów, o których mowa powyżej skutkować będzie przyznaniem świadczenia według ostatniego progu.

**Powyższe oświadczenie składam świadoma(y), iż za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi odpowiedzialność karna. Wiarygodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem i  oświadczam, iż zapoznałam/em/ się z treścią Regulaminu ZFŚS.**

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 pracownikóww 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 1 do niniejszego wniosku.

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

data i podpis pracownika/emeryta, rencisty

**PROPOZYCJA MIĘDZYZWIĄZKOWEGO ZESPOŁU DS. SOCJALNYCH**

Komisja proponuje: przyznać, nie przyznać

## DOFINANSOWANIE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRACOWNIK/EMERYT/RENCISTA** | | **WSPÓŁMAŁŻONEK** | |
|  |  |  |  |

**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 działu DSOS