

Siedlce, dnia .....

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres)

.....  
(nr Pesel)

.....  
(nr konta)

.....  
(telefon do kontaktu)

**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 zawartych w niniejszym wniosku 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.
- 3) Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu dla celów ułatwienia ewentualnego bezpośredniego kontaktu w sprawach ZFŚS.

.....  
(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          |                      |                                |  |
|     |                 |                |                       |                      |                                |  |
|     |                 |                |                       |                      |                                |  |
|     |                 |                |                       |                      |                                |  |
|     |                 |                |                       |                      |                                |  |
|     |                 |                |                       | <b>OGÓŁEM</b>        |                                |  |

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 okresowo uzyskiwanych przychodów, zwłaszcza z najmu lub dzierżaw, praw autorskich lub wykonywania wolnych zawodów oraz oszacowane przez wnioskodawcę przychody z ryczałtu ewidencjonowanego i karty podatkowej.

W przypadku złożenia wniosku o dopłatę do wypoczynku profilaktyczno-leczniczego **za pośrednictwem poczty, w tym poczty elektronicznej lub korzystając z pomocy innej osoby emeryt lub rencista jest zobowiązany dołączyć:**

- 1) ostatni odcinek renty lub emerytury albo
- 2) dokument potwierdzający wpływ ostatniej emerytury lub renty na rachunek bankowy albo
- 3) zaświadczenie z ZUS-u wystawione nie później niż na trzy miesiące przed dniem złożenia wniosku.

Nie ma obowiązku przedkładania innych dokumentów potwierdzających wysokość przychodu na jednego członka rodziny, chyba że Komisja ds. socjalnych wezwie wnioskodawcę do przedłożenia dokumentów potwierdzających wysokość przychodu w celu zweryfikowania wiarygodności danych wskazanych we wniosku o dopłatę do wypoczynku profilaktyczno-leczniczego.

---

### **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.