

WNIOSEK – o dofinansowanie do wypoczynku dla uprawnionego dziecka emeryta, rencisty *

Imię i nazwisko Wnioskodawcy	
PESEL	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Numer konta bankowego	

Proszę o przyznanie dofinansowania do wypoczynku dla mojego dziecka w roku

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia
1		
2		
3		

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że w dniach od do r. moje dzieci będą przebywać, przebywały ** na wypoczynku.
- Liczba osób przebywających we wspólnym gospodarstwie
(współmałżonek wraz z dziećmi uczącymi się do lat 25 włącznie – patrz Regulamin ZFŚS).
- Oświadczam, że średni miesięczny przychód na osobę w rodzinie, obliczony za ostatni rok podatkowy ze wszystkich źródeł (łącznie z przychodami osób przebywających we wspólnym gospodarstwie) obliczony zgodnie z Regulaminem ZFŚS ***

powyżej zł

Wynosi: ****

poniżej zł

Prawdziwość danych zawartych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy, świadoma***** odpowiedzialności karnej.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam, że ujęte we wniosku dzieci nie korzystały z dopłaty do wypoczynku wr.

Potwierdzam zgodność zadeklarowanego przychodu z przedstawioną przez wnioskodawcę dokumentację finansową.

.....
data i podpis sekretarza Komisji

Potwierdzam, że sprawdzono pod względem merytorycznym i zatwierdzam wypłatę świadczenia zgodnie z obowiązującą wysokością.

.....
data i podpis Przewodniczącego Komisji Socjalnej

UWAGA!

1. Wypoczynek nie może trwać krócej niż 14 następujących po sobie dni kalendarzowych.
2. Zasady obliczania i dokumentowania przychodu określa §13 Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych APS
 - * Niepotrzebne skreślić.
 - ** Niepotrzebne skreślić.
 - *** Dokumentacja przy przychodzie poniżej minimalnego progu dochodowego.
 - **** Wysokość przychodu określona w Tabeli świadczeń z ZFŚS.
 - ***** Niepotrzebne skreślić.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej z siedzibą w Warszawie przy ulicy Szczęśliwickiej 40, 02-353.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych za pomocą poczty elektronicznej, pod adresem: odo@aps.edu.pl.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu przyznania pomocy materialnej z ZFŚS na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych.
4. Państwa dane osobowe mogą być także przetwarzane w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Akademii. Takimi prawnie uzasadnionymi interesami są dochodzenie roszczeń i obrona przed roszczeniami.
5. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być organy administracji publicznej, urzędy administracji rządowej oraz inne podmioty upoważnione do przetwarzania Państwa danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Państwa dane osobowe usuwane będą po 5 latach licząc od końca roku kalendarzowego, w którym przyznane zostało świadczenie.
7. Przysługuje Państwu prawo do:
 - żądania dostępu do swoich danych osobowych
 - żądania sprostowania swoich danych osobowych
 - żądania usunięcia swoich danych osobowych
 - żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości przyznania świadczenia.
9. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szczegółowe informacje, w tym dane kontaktowe znajdują się na stronie internetowej: <https://uodo.gov.pl>.