

Koszalin, dnia: .....

.....  
(imię i nazwisko wnioskującego)

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon

**Wniosek o przyznanie bezzwrotnej zapomogi finansowej z ZFŚS  
dla pracownika, emeryta, rencisty \***

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi bezzwrotnej zapomogi finansowej w związku z\* :

- 1) chorobą, długotrwałą chorobą<sup>1</sup> ,znacznym uszczerbkiem zdrowia w wyniku nieszczęśliwego wypadku \*
- 2) zdarzeniem losowym <sup>2</sup>, (pożarem, powodzią, kradzieżą, klęską żywiołową, inne),\*
- 3) śmiercią członka rodziny,
- 4) w związku z trudną sytuacją życiową, rodzinną i materialną,
- 5) inną przyczyną.

Krótki opis przyczyny złożenia wniosku:

.....

.....

Oświadczenie o obecnej sytuacji rodzinnej i życiowej (opis sytuacji życiowej, materialnej i rodzinnej /  
uzasadnienie złożenia wniosku):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

.....  
.....  
.....  
.....

Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych w złożonym wniosku. Jednocześnie stwierdzam, że znana jest mi treść obowiązującego regulaminu ZFŚS.

.....  
podpis wnioskującego

Przyznane świadczenie z ZFŚS proszę przekazać\*:

- przelewem na mój rachunek bankowy, nr .....
- gotówką, w kasie SP7 w Koszalinie.

.....  
podpis wnioskującego

\* właściwe podkreślić

#### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana oraz osób wskazanych we wniosku jest Szkoła Podstawowa nr 7 im. I Armii Wojska Polskiego w Koszalinie, ul. Wojska Polskiego 36, 75-712 Koszalin, zwany dalej Administratorem;
2. Kontakt z Inspektorem Danych Osobowych; e-mail: [iod@sp7koszalin.pl](mailto:iod@sp7koszalin.pl)
3. Dane osobowe Pani / Pana oraz osób wskazanych we wniosku są przetwarzane na podstawie art. 8 ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych w związku z art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 pkt. 2 lit. b 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.
4. Dane osobowe Pani / Pana oraz osób wskazanych we wniosku są przetwarzane są w celu realizacji zadań administratora związanych z działalnością socjalną.
5. Dane osobowe Pani / Pana oraz osób wskazanych we wniosku nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów obowiązującego prawa.
6. Dane osobowe Pani / Pana oraz osób wskazanych we wniosku są przechowywane przez okres ubiegania się o świadczenie, jego ustalenie i realizację, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń, zgodny z przepisami obowiązującego prawa.
7. Po upływie okresu przechowywania dane osobowe Pani / Pana oraz osób wskazanych we wniosku są niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie, lub mogą zostać zwrócone Wnioskującemu.
8. Przysługuje Pani / Panu prawo wglądu do treści danych oraz ich uaktualniania czy sprostowania w razie stwierdzenia, że dane są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe, a także do usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania, oraz do wniesienia sprzeciwu i do przenoszenia danych.
9. Przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Urząd Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uznają, że przetwarzanie danych osobowych Uprawnionych i Wnioskujących narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

<sup>1</sup> Przez **długotrwałą chorobę** należy rozumieć chorobę wymagającą długotrwałego leczenia w sposób stały lub przez długi okres, mającą długotrwały przebieg, tj: choroby przewlekłe, nieuleczalne, wrodzone oraz mające długotrwały przebieg (trwające miesiącami lub latami) i wymagające leczenia w sposób stały lub przez długi okres, w tym wymagającymi rehabilitacji i leczenia sanatoryjnego.

W przypadku długotrwałej choroby fakt jej zaistnienia winien być udokumentowany np. zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza specjalistę lub lekarza rodzinnego.

<sup>2</sup> Przez **indywidualne zdarzenie losowe** należy rozumieć wszelkie nagłe, niespodziewane, pojedyncze zdarzenia wywołane przyczynami zewnętrznymi, których nie można przewidzieć, a które są niezależne od uprawnionego, nawet przy zachowaniu należytej staranności jak np. kradzież, włamanie, zniszczenie domu lub mieszkania spowodowane zalaniem wodą lub pożarem, nieszczęśliwe wypadki powodujące uszczerbek na zdrowiu, śmierć, zdarzenia będące wynikiem klęski żywiołowej.

**WAŻNE:** Warunkiem otrzymania świadczenia jest złożenie oświadczenia o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej, o którym mowa w § 9 Regulaminu ZFŚS (załącznik nr 3).

### Decyzja Komisji Świadczeń Socjalnych:

Komisja Świadczeń Socjalnych na posiedzeniu w dniu ..... na wniosek o przyznanie bezzwrotnej zapomogi finansowej z ZFŚS, proponuje\*

- przyznać Wnioskodawcy zapomogę losową / socjalną\* ze środków ZFŚS SP 7 w Koszalinie, w wysokości ..... złotych
- nie przyznać zapomogi.

Dochód osiągnięty przez Wnioskującego, wskazany w oświadczeniu o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej (załącznik nr 3) mieści się w ..... progu dochodowym, o którym mowa w § 6 ust.2.

Uwagi Komisji Socjalnej:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data i podpis przewodniczącego Komisji Socjalnej

---

### Opinia Zakładowej Organizacji Związków Zawodowych:

- wyraża zgodę na przyznanie Wnioskodawcy zapomogi losowej / socjalnej\*
- nie wyraża zgody na przyznanie Wnioskodawcy zapomogi\*

w wysokości ..... zł

.....  
podpis przedstawiciela Związków Zawodowych

---

### Decyzja Dyrektora

Przyznaję zapomogę losową / socjalną\* / nie przyznaję zapomogi ze środków ZFŚS SP7 w Koszalinie Wnioskodawcy

.....  
podpis Dyrektora

\* właściwe podkreślić