*Załącznik nr 3*

*do Zarządzenia Nr 31*

*z dnia 4 marca 2019 r.*

 *do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych*

*w Starostwie Powiatowym w Łodzi*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA Z ZAKŁADOWEGO
 FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

**Wniosek o przyznanie pomocy rzeczowej/finansowej \***

Nazwisko i imię ........................................................................................................................

Stanowisko, wydział lub emeryt/rencista (wpisać odpowiednio)....................................................

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

Średni miesięczny dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy, na jednego członka mojej rodziny (tylko uprawnionego zgodnie z postanowieniem § 9 Regulaminu) wyniósł..........................zł. brutto/osobę (słownie złotych: .....................................................................................).

Dochód brutto ustalony został zgodnie z zapisami § 11 ust. 3 Regulaminu.

Uzasadnienie wystąpienia o udzielenie pomocy

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

.

Potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym wniosku.

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

 data czytelny podpis wnioskodawcy

W przypadku wystąpienia z wnioskiem o przyznanie świadczenia wynikającego ze względów zdrowotnych, wnioskodawca winien wyrazić zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych (dane wrażliwe):

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody**

**na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych**

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich\* oraz członków mojej rodziny\*

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

(imię i nazwisko członka rodziny)

szczególnych kategorii danych osobowych (dotyczących zdrowia) o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO przez pracodawcę (Administrator danych) oraz przez Komisję Socjalną w Starostwie Powiatowym w Łodzi, w celu przyznania świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

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

 data czytelny podpis wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić

***Objaśnienia***

*Do wniosku należy dołączyć:*

1. *w przypadku długotrwałej choroby - aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia potwierdzające długotrwałą chorobę;*
2. *w przypadku śmierci członka najbliższej rodziny tj.: dziecka, współmałżonka - kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu (o pomoc można ubiegać się do 3 miesięcy od daty śmierci);*
3. *w przypadku zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych (np. kradzież, pożar, zalanie, wypadek, gradobicie, ulewy, huragan itp.) - odpowiednie dokumenty: zaświadczenie odpowiedniego organu, kopię protokołu szkody itp. (o pomoc można ubiegać się do 3 miesięcy od daty zdarzenia).*

*Pracodawca ma prawo zażądać od wnioskodawcy złożenia dodatkowych, określonych dokumentów ( np. poświadczenia dochodów) lub informacji.*

**Komisja Socjalna proponuje przyznać :***\**

1. pomoc finansową w kwocie ………………………..zł. (słownie zł.:.…………….........)

bezzwrotną*\** / zwrotną na ……………rat.*\**

 2. pomoc rzeczową w postaci *\** …………………………….

***\**** *niepotrzebne skreślić*

…………………………… …………………………………………

 data podpis przewodniczącego Komisji Socjalnej

**Komisja Socjalna proponuje nie przyznać:** *\**

1. pomocy finansowej *\**

2. pomocy rzeczowej w postaci*\**……………………………..

 z powodu………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

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

***\**** *niepotrzebne skreślić*

…………………………… …………………………………………

 data podpis przewodniczącego Komisji Socjalnej

**Decyzja Pracodawcy**

1. przyznano pomoc finansową w kwocie……………. zł. (słownie zł.: ………………...........)

bezzwrotną *\** / zwrotnąna ……..rat.*\**

2. przyznano pomoc rzeczową w postaci.*\**…………………………….

3. wniosek załatwiono odmownie *\**

***\**** *niepotrzebne skreślić*

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

 data podpis Starosty Łódzkiego Wschodniego