

.....
/imię i nazwisko składającego oświadczenie/

.....
/miejscowość, data/

Oświadczenie

o dochodzie na członka rodziny osoby występującej o przyznanie świadczeń z ZFŚS

Oświadczam, że moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia: tylko dziecka	Stopień pokrewieństwa

Średni miesięczny dochód¹ na osobę w rodzinie wyliczony na podstawie rocznego zeznania podatkowego za rok wynosi:

do 1800 zł	Od 1801 zł do 2400 zł	od 2401 zł do 3700 zł	powyżej 3701 zł
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej w przypadku gdyby, podane dochody nie były zgodne ze stanem faktycznym.

.....
/czytelny podpis składającego oświadczenia/

Wnioskuje o przyznanie dla mnie i mojej rodziny świadczeń socjalnych wymienionych w „Regulaminie ZFŚS”. Proszę o uwzględnienie powyższego oświadczenia przy przyznawaniu wszystkich świadczeń socjalnych, z których będę korzystać w roku bieżącym.

.....
/data i podpis wnioskodawcy/

¹Uwaga: w oświadczeniu należy ująć wszystkie przychody opodatkowane np.: z umowy o pracę, pracy za granicą, umowy zlecenia, o dzieło, renty, emerytury, zasiłki z ZUS, działalności gospodarczej, wynajem i inne, oraz nieopodatkowane np.: stypendia, dotacje z UE, świadczenia rodzinne, program 500+, alimenty, diety radnego, odszkodowania i inne.

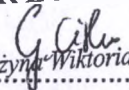
Przez dochód na członka rodziny należy rozumieć sumę przychodów opodatkowanych i nieopodatkowanych wszystkich członków rodziny (niepełnoletnich dzieci, dzieci pełnoletnich-uczących się do 25 roku życia, dzieci przysposobionych, męża, żony) w okresie od I stycznia do 31 grudnia roku poprzedzającego dzień złożenia oświadczenia, pomniejszoną o sumę kosztów uzyskania przychodu, składek na ubezpieczenie społeczne i obliczony podatek; podzieloną przez 12 i liczbę członków rodziny. W przypadku zmiany sytuacji materialnej, życiowej, rodzinnej w czasie obowiązywania w/w oświadczenia pracownik zobowiązany jest natychmiast poinformować pracodawcę składając ponowne oświadczenie.

Klauzula informacyjna – załącznik do oświadczenia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych ze zmianami) – dalej RODO - informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoły Policealnej Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Ogrodowa 23, 15-027 Białystok, tel. 85 742 18 81
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Białymstoku, ul. Ogrodowa 23, 15-027 Białystok, tel. 85 742 18 81 Można się z nim kontaktować we wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, na podstawie ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz.1352) oraz ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2016 r., poz. 217 z późn. zm.)
4. Dane Państwa będą mogły być również przetwarzane w związku z dochodzeniem/obroną roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO, art. 9 ust. 2 lit. f RODO), jako uzasadniony interes administratora danych.
5. Mają Państwa prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo do złożenia oświadczenia o cofnięciu każdej wyrażonej zgody w każdym czasie. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa w tym zgodnie z przepisami określonymi w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w jednostce.
7. Państwa dane, nie będą przekazywane przez Administratora innym podmiotom przy realizowaniu swoich zadań w tym do państw trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
8. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
9. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2; 00-193 Warszawa).

DYREKTOR


mgr Grażyna Wiktoria Ciłko
/podpis pracodawcy/

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej i jest ona zrozumiała.

.....
/data i podpis wnioskodawcy/