

/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 dochód<sup>1</sup> na osobę w rodzinie wyliczony na podstawie rocznego zeznania podatkowego za rok 2025 wynosi:

|            |                          |                          |                 |
|------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| do 3000 zł | Od 3001 zł<br>do 3600 zł | od 3601 zł<br>do 4900 zł | powyżej 4901 zł |
|------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|

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

/czytelny podpis składającego oświadczenia/

Wnoszę 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/

**Załącznik do oświadczenia**

**Klauzula informacyjna dla osób korzystających  
z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFŚS)**

1. Administratorem danych osobowych osób korzystających z ZFŚS jest Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoły Policealnej Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Mickiewicza 49, 15-213 Białystok, tel. 85 732 12 92, 85 749 90 60, 570 754 550, mail: sekretariat@sp1oz.pl, a w jej imieniu Dyrektor Grażyna Wiktorja Citko.
2. Inspektorem ochrony danych osobowych w Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoły Policealnej Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Mickiewicza 49, 15-213 Białystok, tel. 85 732 12 92, 85 749 90 60, 570 754 550, mail: sekretariat@sp1oz.pl

<sup>1</sup>Uwaga: 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.

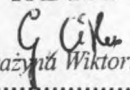
Przez dochód na członka rodziny należy rozumieć sumę przychodów opodatkowanych i nieopodatkowanych wszystkich członków rodziny (niepełnoletnich dzieci, dzieci pełnoletnich- uczących się do 25 roku życia, dzieci przysposobionych, męża, żony) w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia roku poprzedzającego dzień 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 ww. oświadczenia pracownik zobowiązany jest natychmiast poinformować pracodawcę składając ponowne oświadczenie.

jest Mirosław Krajewski mail: iod@czmis.pl. Można się z nim kontaktować we wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych.

3. Pani/a dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z korzystaniem z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, w tym w szczególności na potrzeby realizacji obowiązków służbowych, a także w szczególności wykonywania przez pracodawcę obowiązków pracodawcy, płatnika składek i zaliczek na podatek dochodowy.
4. Podanie przez Panią/a danych osobowych jest wymogiem ustawowym i ich podanie jest obowiązkowe.
5. Przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w związku z korzystaniem z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych odbywa się w oparciu o przepisy prawa, w szczególności przepisy prawa podatkowego, prawa pracy i ubezpieczeń społecznych – art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE. L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35) – dalej RODO, art. 9 ust. 2 lit. b RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO jak również zapisami Ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t.j. Dz. U z 2024 r, poz. 228 z późniejszymi zmianami)
6. Pani/a dane osobowe 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.
7. Pan/i ma prawo do żądania od administratora dostępu do moich 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.
8. Pani/a dane osobowe będą przetwarzane zgodnie oraz przez okres wymagany przepisami prawa w tym w szczególności zgodnie z zapisami określonymi w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w szkole .
9. Pani/a dane, nie będą przekazywane przez Administratora innym podmiotom przy realizowaniu swoich zadań do państw trzecich czy też organizacjom międzynarodowym.
10. Pani/a dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
11. Przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2; 00-193 Warszawa).

Obowiązuje od 1 września 2024 r.

DYREKTOR

  
mgr Grażyna Wiktoria Cicho  
.....  
/podpis pracodawcy/

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie przetwarzania danych osobowych i jest ona zrozumiała.

.....  
/data i podpis wnioskodawcy/