Załącznik nr 6

Gdańsk, dnia ……………

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

(adres zamieszkania)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI SOCJALNEJ W OPARCIU O § 8 UST. 5**

Zwracam się z prośbą o przyznanie zapomogi socjalnej dla:

| Imię i nazwisko | Uprawnieni wraz z datą urodzenia dzieci 1 |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**1** – **wpisać obowiązkowo datę urodzenia dzieci**

Oświadczam, że średnie miesięczne dochody brutto wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, w roku poprzedzającym złożenie wniosku, w przeliczeniu na jedną osobę miesięcznie wynosiły…………………………...…… zł miesięcznie.

Załączam dokumenty potwierdzające trudną sytuację losową (np. zaświadczenie ze szpitala, zaświadczenie o zgłoszeniu kradzieży, itp.)\*

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 kodeksu karnego.

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

(Podpis wnioskodawcy)

\* załączane są w razie potrzeby

**Klauzula informacyjna**

Wypełniając obowiązek prawny, uregulowany zapisami  art. 13 ust. 1 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 osobowych), Regionalna Dyrekcja Lasów Państwowych w Gdańsku informuje, że:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalna Dyrekcja Lasów Państwowych w Gdańsku.
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zgodnie z Ustawą z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1352 z późn. zm.) na podstawie wyrażonej zgody, zgodnie z art. 6 ust 1 pkt a.
* W niektórych sytuacjach mamy prawo przekazywać Pani/Pana dane, jeśli będzie to konieczne w celu realizacji zadań. Dane będą przekazywane wyłącznie: naszym pracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki, instytucjom bankowym, poprzez które będzie wypłacone przyznane świadczenie oraz innym instytucjom upoważnionym z mocy obowiązującego powszechnie prawa.
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji zadań związanych z przyznaniem świadczenia oraz okres archiwizacji dokumentacji, zgodnie z Jednolitym rzeczowym wykazem akt dla PGL LP (okres 5 lat archiwizacji- zgodnie z Klasyfikacją Jednolitego rzeczowego wykazu akt dla PGL LP „rwa362- B5”. oraz innymi przepisami prawa powszednie obowiązującego.
* W trybie art. 15-21 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, o ile inne przepisy prawa powszechnie stosowanego nie stanowią inaczej.
* Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
* Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do zrealizowania uprawnienia korzystania z ZFŚS.

Brak zgody na przetwarzanie danych osobowych uniemożliwi korzystanie z ZFŚS i będzie stanowił podstawę do odmowy przyznania świadczenia.

Stanowisko pracownika socjalnego:

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

data podpis

Opinia Komisji Socjalnej:

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

data podpisy członków komisji

W oparciu o postanowienia zawarte w regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych przyznaję kwotę…………… złotych.

Główny Księgowy Dyrektor

Gdańsk, dnia………………..

Przyznana kwota świadczenia ……………………………..

Zaliczka z tyt. podatku dochod. ……………………………..

Do wypłaty: …………………………...

Słownie złotych:…………………………………………….…………………………..............