

.....
(imię i nazwisko)

Dębica,

.....
(adres zamieszkania uprawnionego)

**OŚWIADCZENIE OSOBY UPRAWNIONEJ
ZA ROK
W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ O ŚWIADCZENIA Z ZFŚS**

Deklaruję, że moja rodzina:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (dotyczy dzieci)

Osiąga dochód* ze wszystkich źródeł na jedną osobę. Znajduje się w przedziale:

Gr.	Przedziały dochodu na członka rodziny	Podpis pracownika w przedziale, który go dotyczy
1.	do 2500	
2.	powyżej 2500-3500	
3.	powyżej 3500	

- **Za dochód** uważa się wszelkie przychody, ze wszystkich źródeł dochodów uprawnionych członków rodziny objęte zeznaniem podatkowym Pit. (Rozdział II § 2 ust. 10 Regulaminu) pomniejszony o opłacone składki na ubezpieczenie społeczne oraz zaliczkę na podatek dochodowy.

Potwierdzam prawdziwość danych własnoręcznym podpisem i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1 K.K.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Oświadczenie powyższe będzie udostępniane Dyrektorowi MOPS oraz Zespołowi Opinująco-Doradczemu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych wyłącznie w celu uzyskania świadczenia z Funduszu Socjalnego.

.....
(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z treścią art. 13 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), zwanego dalej RODO, informuje się, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dębicy z siedzibą przy ul. Akademickiej 12, 39-200 Dębica, e-mail: biuro@mops-debica.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Agnieszka Gazda, e-mail: agnieszka.gazda@mops-debica.pl
3. Państwa dane są przetwarzane do celów związanych z działalnością Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych dla realizacji przysługujących Państwu świadczeń socjalnych
4. Państwa dane są przetwarzane na podstawie art. 8 ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych w związku z art. 6 ust. 1 lit. c 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.
5. Państwa dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów obowiązującego prawa.
6. Państwa dane będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania przysługujących Państwu świadczeń socjalnych z ZFŚS, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń. Po upływie tego okresu dane osobowe będą przechowywane do celów archiwizacyjnych przez okres określony przepisami prawa w tym zakresie.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
8. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Dane osobowe nie podlegają profilowaniu.
10. Mają Państwo prawo 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. Mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie przez Administratora Państwa danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do skorzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z ZFŚS. Odmowa podania danych spowoduje niemożność przyznania świadczenia z ZFŚS.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Wypełniają byli pracownicy MOPS w Dębicy, będący emerytami, rencistami, osobami na świadczeniu przedemerytalnym:

Oświadczam, że po rozwiązaniu stosunku pracy w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Dębicy, w związku z przejściem na emeryturę/rentę/świadczenie przedemerytalne* nie zawiesiłem(-am) emerytury/renty/świadczenia przedemerytalnego* w związku z podjęciem zatrudnienia u innego pracodawcy. Oświadczam, że Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dębicy był moim ostatnim miejscem pracy.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*Niepotrzebne skreślić