*Załącznik nr 6 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych*

*Akademii Sztuk Pięknych im. E. Gepperta we Wrocławiu*

Wrocław, dnia ...............................

.………………………………………

*(nazwisko i imię)*

………….……………………………

*(nr PESEL pracownika/emeryta/rencisty)*

**W N I O S E K**

**o przyznanie zapomogi**

**Proszę o przyznanie z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zapomogi z tytułu   
zdarzenia losowego: *właściwe zaznaczyć X***

* długotrwała choroba własna lub najbliższego członka rodziny
* nieszczęśliwe zdarzenie losowe związane z utratą mienia *(pożar, zalanie, kradzież, skutki żywiołu – powódź, itp.)*
* zgon najbliższego członka rodziny *(współmałżonka, dziecka do 18 roku życia/bądź 25 jeżeli się uczyło, rodziców, rodzeństwa)*
* inne trudne sytuacje życiowe spowodowane przyczynami losowymi

**Opis zdarzenia losowego:**

**Do wniosku dołączam dokumenty potwierdzające zdarzenie losowe:**

− ………………………………………………………………

− ………………………………………………………………

− ………………………………………………………………

**Oświadczenie wnioskodawcy:**

1. Oświadczam, że **zapoznałam/em się z *Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Akademii Sztuk Pięknych im. E. Gepperta we Wrocławiu***.
2. Oświadczam, że średni przychód ze wszystkich źródeł (opodatkowany i nieopodatkowany) na jednego członka rodziny **wynosi: …………..…….… zł** za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku.
3. Prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe: ***właściwe zaznaczyć X***

* TAK
* NIE, pozostaję w gospodarstwie domowym składającym się z ………. osób

1. Świadoma/y odpowiedzialności regulaminowej i karnej potwierdzam prawdziwość wyżej przedstawionych danych.
2. Oświadczam, że:
3. udostępniam pracodawcy/byłemu pracodawcy ASP we Wrocławiu swoje dane osobowe, dane   
   o zdrowiu, dane członków rodziny, dane o sytuacji materialnej w celu rozpatrzenia wniosku   
   o przyznanie zapomogi ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych ASP we Wrocławiu;
4. została mi przedstawiona informacja wynikająca z 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 (RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń ZFŚS ASP;
5. przekazuję moje dane osobowe, dane o zdrowiu, dane członków rodziny, dane o sytuacji materialnejw celu postępowania o przyznanie świadczeń z ZFŚS zgodnie z przepisami prawa. Przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest ASP we Wrocławiu. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane. Podstawą przetwarzania danych wnioskodawcy jest Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych ASP we Wrocławiu, który został ustalony na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych i uzgodniony   
   z organizacjami związkowymi działającymi w ASP we Wrocławiu;
6. zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, znajdującej się poniżej oraz zobowiązuję się niezwłocznie przekazać jej treść wszelkim osobom, których dane udostępniłam/em ASP we Wrocławiu w związku ze złożeniem niniejszego wniosku/oświadczenia;
7. dane osobowe podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

**Proszę o wypłatę świadczenia: *właściwe zaznaczyć X***

□ na rachunek bankowy □ w kasie ASP

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

**(*data i podpis wnioskodawcy)***

**Opinia Komisji Socjalnej** z dnia …………………: ***właściwe zaznaczyć X***

* POZYTYWNA
* NEGATYWNA

Kwota świadczenia: …………………………………… *złotych*

Podpisy członków Komisji Socjalnej

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

**Decyzja Rektora** **lub osoby przez niego upoważnionej** z dnia ……...…………: ***właściwe zaznaczyć X***

* POZYTYWNA
* NEGATYWNA

Podpis Rektora lub osoby upoważnionej przez Rektora

………………………………………….....….………

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Akademia Sztuk Pięknych we Wrocławiu informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Akademia Sztuk Pięknych im. Eugeniusza Gepperta we Wrocławiu z siedzibą: Plac Polski 3/4, 50-156 Wrocław, NIP 896-000-75-02, REGON 000275814.
2. W ASP we Wrocławiu został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: iod@asp.wroc.pl.
3. Dane osobowe:
4. przetwarzane będą w celu realizacji zadań Administratora związanych z działalnością socjalną, na podstawie art. 8 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz.U.2023. 998 t.j.), Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w ASP we Wrocławiu oraz w związku z art. 6 ust. 1 lit. c) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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);
5. nie będą udostępniane innym odbiorcom; dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie przepisów prawa;
6. nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych;
7. nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania;
8. przetwarzane będą przez okres niezbędny do przyznania świadczenia, dopłaty z Funduszu oraz ustalenia ich wysokości, a także przez okres niezbędny do dochodzenia praw lub roszczeń.
9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
10. dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie jednak nie później niż do wypłaty świadczenia. Wycofanie zgody można złożyć drogą pisemną na adres korespondencyjny Administratora lub drogą mailową na adres   
    e-mail [kadry@asp.wroc.pl](mailto:kadry@asp.wroc.pl). Konsekwencją wycofania zgody będzie brak możliwości przetwarzania danych innych niż wynikające z przepisów prawa;
11. wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba, której dane dotyczą uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne dla przyznania świadczeń socjalnych z ZFŚS ASP we Wrocławiu. Natomiast niepodanie danych uniemożliwi realizację zadań Administratora, tj. przyznanie świadczeń.