

OA.021.8.KS. 2019

ZARZĄDZENIE NR 8/2019

**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy
w Kołobrzegu z dnia 08.03.2019 r.**

**w sprawie: zmiany załącznika nr 2 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych
Powiatowego Urzędu Pracy w Kołobrzegu**

Na podstawie § 16 pkt 1 ppkt 9 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Urzędu Pracy w Kołobrzegu oraz zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 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 zarządza się, co następuje:

§ 1

1. Zmianie ulega załącznik nr 2 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Powiatowego Urzędu Pracy w Kołobrzegu wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora nr 2/2018 z dnia 01.03.2018 r.
2. Zmieniony Załącznik nr 2 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Powiatowego Urzędu Pracy w Kołobrzegu z dnia 08.03.2019 r., o którym mowa w pkt. 1 stanowi załącznik do Zarządzenia 8/2019.

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierzam Przewodniczącemu Komisji Socjalnej.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Powiatowego Urzędu Pracy
w Kołobrzegu
[Podpis]
Ewelina Karwicz

Załączniki:

1. Załącznik nr 2 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Powiatowego Urzędu Pracy w Kołobrzegu z dnia 08.03.2019 r.

Do wiadomości:

1. Pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy w Kołobrzegu

Kolobrzeg, dniar.

.....
(imię i nazwisko).....
(adres zamieszkania)**OŚWIADCZENIE****o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby zamierzającej skorzystać w roku kalendarzowym z ulgowych świadczeń finansowanych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych****CZĘŚĆ A**

- Wyrażam zgodę na podanie informacji o osiągniętych dochodach za r. *
(w przypadku wyrażenia zgody proszę wypełnić część B oświadczenia).
- Nie wyrażam zgody na podanie informacji o osiągniętych dochodach za r., jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż zostaję zakwalifikowana/y do I grupy dochodowej. *
(w przypadku braku zgody proszę pominąć część B oświadczenia)

CZĘŚĆ B

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam że:

1. Moje dochody brutto w roku z tytułu zatrudnienia w PUP Kolobrzeg wyniosłyzł brutto**.
2. Moje dochody z innych źródeł wyniosłyzł brutto**.
3. Dochody osób prowadzących ze mną wspólne gospodarstwo domowe wyniosły w rokuzł brutto**.
(w oświadczeniu należy uwzględnić wszystkie dochody, bez względu na źródło ich pochodzenia – zgodnie z zeznaniem podatkowym za 2018 r.)

Ogółem dochód brutto w mojej rodzinie w całym roku wyniósłzł

W skład mojej rodziny prowadzącej wraz ze mną **wspólne gospodarstwo domowe** i utrzymującej się z tego dochodu wchodzi: *(imię nazwisko, stopień pokrewieństwa)*

1.
2.
3.
4.

* zaznaczyć właściwe

** oznacza łączny przychód roczny pomniejszony o koszty uzyskania przychodu. W przypadku gospodarstwa rolnego przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia przez Prezesa GUS, na podstawie art.18 ustawy z dnia 15 listopada 1984 o podatku rolnym. Według ostatnio ogłoszonego obwieszczenia Prezesa GUS z 21 września 2018 r. przeciętny dochód z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1ha przeliczeniowego wynosi 3399 zł (tj. 283,25 zł/miesięcznie)

Klauzula informacyjna

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kolobrzegu, ul. Katedralna 46-48, 78-100 Kolobrzeg.
2. Inspektor Ochrony Danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kolobrzegu: iod@kolobrzeg.praca.gov.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane są do celów związanych z działalnością Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kolobrzegu, w tym w celu realizacji świadczeń socjalnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. b 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 w związku z obowiązkiem prawnym nałożonym na Administratora ustawą z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych.
4. Odbiorcami danych osobowych są upoważnieni pracownicy Administratora, podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe na podstawie przepisów prawa, a także te, którym dane zostaną powierzone do zrealizowania celów przetwarzania.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania przysługujących świadczeń socjalnych, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń. Po upływie tego okresu dane osobowe będą przechowywane do celów archiwizacyjnych przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej Powiatowego Urzędu Pracy w Kolobrzegu.
6. Osobie, której dane są przetwarzane przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądanie ich uzupełnienia lub sprostowania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli osoba, której dane są przetwarzane, uzna iż przetwarzanie przez Administratora danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do skorzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Odmowa podania danych spowoduje niemożność przyznania świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

Pouczenie

W przypadku złożenia niezgodnego z prawem oświadczenia o sytuacji materialnej i rodzinnej albo w przypadku wykorzystania świadczenia niezgodnie z jego przeznaczeniem, uprawniony zostaje wyłączony z prawa do korzystania ze środków Funduszu na 1 rok. Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 kk.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

Wypełnia komisja ZFŚS:

Średni dochód brutto przypadający na jedną osobę w rodzinie w r. wyniósł zł, co daje przedział dochodowy w grupie świadczeniobiorców do korzystania z ZFŚS.

Podpisy komisji ZFŚS:

1:
2.
3.

4.....
5.....

Zatwierdzam/Nie zatwierdzam*** przedział dochodowy do.....grupy świadczeniobiorców.

.....
(data, pieczęćka i podpis Dyrektora Urzędu)

*** Niepotrzebne skreślić