Załącznik nr 5 do Regulaminu zakładowego funduszu świadczeń socjalnych MBP w Koninie

…….

(miejscowość i data)

……

(imię i nazwisko)

……

(adres zamieszkania)

Wniosek o przyznanie pomocy na cele mieszkaniowe

Ja niżej podpisana/z wnoszę o przyznanie mi pomocy na cele mieszkaniowe w formie oprocentowanej pożyczki w wysokości …… zł i rozłożenie jej na …… miesięcznych rat. Pomoc zostanie przeznaczona na:

……

……

UZASADNIENIE

Wniosek uzasadniam tym, że:

……

……

Oświadczam, iż:

1. W bieżącym roku nie ubiegałam/em się o pomoc na cele mieszkaniowe.
2. Nie mam obowiązku spłaty poprzednio udzielonej pomocy na cele mieszkaniowe
3. Jestem zatrudniona/y w Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Zofii Urbanowskiej w Koninie na czas określony do dnia ...../nieokreślony[1]
4. Dane we wniosku są aktualne i prawdziwe, co potwierdzam czytelnym podpisem.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu niezbędnym do rozpatrzenia wniosku.

[1] niepotrzebne skreślić

6. Zapoznałam/em się z regulaminem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Zofii Urbanowskiej w Koninie.

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Administratorem danych osobowych jest Miejska Biblioteka Publiczna im. Zofii Urbanowskiej w Koninie. Zawarte w oświadczeniu dane osobowe będą przetwarzane przez administratora wyłącznie w celu udzielania świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań administratora związanych z działalnością socjalną. Podstawę prawną przetwarzania danych stanowi ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 746 z póz. zm.)
Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do skorzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Złożenie oświadczeń jest równoznaczne zapoznaniem z klauzulą informacyjną do oświadczenia o przychodach emeryta/rencisty oraz z wyrażeniem zgody na przetwarzanie podanych danych przez administratora.

……

(data, czytelny podpis)

Decyzja komisji socjalnej:

.....

.....

.....

Podpisy przewodniczącego komisji i członków komisji:

.....

.....

.....

.....

(akceptacja pracodawcy)