WNIOSEK O DOFINANSOWANIE
WYDATKÓW ZDROWOTNYCH

1. Imię i nazwisko……..……..…….
2. Nr PESEL……..……...…….
3. Adres zamieszkania……..…….
4. Stan cywilny: osoba samotna / rodzina
5. Status zatrudnienia: Pracownik DSPM / Emeryt / Inne*

Proszę o przyznanie dofinansowania w …… roku

Uzasadnienie:

……
…….……
……
……..

Do wniosku załączam:*

1. Faktury/rachunki na łączną kwotę ……
2. Inne *(wpisać jakie):*
   - ……
   - ……
   - ……
   - ……

Oświadczam, że moja sytuacja życiowa, rodzinna i materialna przedstawiona w „Oświadczeniu o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej" złożonym do dnia 30 kwietnia br. **nie uległa zmianie / uległa zmianie**.*

Jeśli sytuacja życiowa uległa zmianie należy złożyć ponownie „Oświadczenie o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej" zawierające aktualne informacje.

……..
podpis

Wrocław, dnia ……..

*niepotrzebne skreślić

Administratorem danych osobowych jest Dolnośląska Szkoła Policealna Medyczna im. Marii Skłodowskiej – Curie we Wrocławiu, ul. Stawowa 24, 50-018 Wrocław (dalej: My). Kontakt z nami możliwy jest pod adresem e-mail: sekretariat.stawowa@edu.dolnyslask.pl. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: CORE Consulting, ul. Wyłom 16, 61-671 Poznań, k.maciejewska@coreconsulting.pl. Dane przetwarzamy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w celu procedowania Twojego wniosku o udzielenie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, a jeśli Twój wniosek zostanie rozpatrzony pozytywnie – celem udzielenia świadczenia, zgodnie z naszym Regulaminem ZFŚS. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne są w sekretariacie oraz na http://medyk.wroclaw.dolnyslask.pl/ w zakładce dotyczącej ochrony danych osobowych (RODO) – Klauzula informacyjna – ZFŚS.

OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ

Dolnośląskiej Szkoły Policealnej Medycznej we Wrocławiu

1. Wniosek rozpatrzono na posiedzeniu Komisji Socjalnej w dniu …….…….
2. Dochód brutto na 1 członka rodziny w ……. roku wynosi…….
3. Uwzględniając kryterium socjalne zaproponowano przyznać dofinansowanie do wydatków zdrowotnych w wysokości ……

4. Podpisy Komisji Socjalnej:

……..

……..

……..

……..

……..

…….…