

Zwracam się z wnioskiem o udzielenie pomocy finansowej w związku:¹⁾

- 1) z leczeniem i rehabilitacją;
- 2) z zakupem leków specjalistycznych, protez, sprzętu rehabilitacyjnego itp.;
- 3) z § 4 pkt 1 lit. c regulaminu
- 4) z § 4 pkt 1 lit. d regulaminu

Szczegółowe uzasadnienie wniosku:

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

W załączeniu przesyłam opisaną dokumentację potwierdzającą w/w zdarzenie.

Potwierdzam, że wnioskodawca od dnia uczestniczy
w Programie ubezpieczenia PZU S.A.:¹

Program ubezpieczeniowy w jednostce organizacyjnej SW - funkcjonariusze i pracownicy SW oraz członkowie ich rodzin	
Wariant Rodzinny I suma ubezpieczenia 7 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny II suma ubezpieczenia 8 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny III suma ubezpieczenia 9 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny IV suma ubezpieczenia 10 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny V suma ubezpieczenia 11 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny VI suma ubezpieczenia 12 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny VII suma ubezpieczenia 13 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny VIII suma ubezpieczenia 14 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny IX suma ubezpieczenia 15 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny X suma ubezpieczenia 16 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny XI suma ubezpieczenia 17 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny XII suma ubezpieczenia 18 000 zł	TAK
Wariant Socjalny XIII suma ubezpieczenia 7 000 zł	TAK

Program ubezpieczeniowy w jednostce organizacyjnej SW - funkcjonariusze i pracownicy SW	
Pakiet Ochrony Prawnej. Suma ubezpieczenia 50 000 zł	TAK
Odpowiedzialność Cywilna Służb Medycznych. Suma ubezpieczenia 50 000 zł	TAK
Następstw Nieszczęśliwych \Wypadków Służba / Praca Suma ubezpieczenia 15 000 zł	TAK
Następstw Nieszczęśliwych Wypadków. Zakres pełny. Suma ubezpieczenia odpowiednio 30 000 zł, 45 000 zł	TAK
Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Członków Rodzin. Suma ubezpieczenia odpowiednio 10 000 zł, 20 000 zł, 30 000 zł.	TAK

Program ubezpieczeniowy przy Zarządzie Głównym NSZZFiPW - funkcjonariusze i pracownicy SW oraz członkowie ich rodzin	
Wariant Rodzinny II suma ubezpieczenia 8 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny III suma ubezpieczenia 9 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny IV suma ubezpieczenia 10 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny V suma ubezpieczenia 11 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny VI suma ubezpieczenia 12 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny VIII suma ubezpieczenia 14 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny IX suma ubezpieczenia 15 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny XI suma ubezpieczenia 17 000 zł	TAK

Program ubezpieczeniowy przy Zarządzie Głównym NSZZFiPW - emeryci i renciści SW oraz członkowie ich rodzin	
Wariant Rodzinny II suma ubezpieczenia 8 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny III suma ubezpieczenia 9 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny IV suma ubezpieczenia 10 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny V suma ubezpieczenia 11 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny VI suma ubezpieczenia 12 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny VIII suma ubezpieczenia 14 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny IX suma ubezpieczenia 15 000 zł	TAK
Wariant Rodzinny XI suma ubezpieczenia 17 000 zł	TAK

.....
Data, pieczęć imienna, podpis (lub czytelny podpis) osoby prowadzącej Program

Ostatnio otrzymałam/em pomoc finansową z Funduszu (data, nr sprawy, kwota)

Którą przeznaczyłam/em na.....

1. Ilość osób na utrzymaniu wnioskodawcy:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Wiek	Stopień pokrewieństwa
1.				wnioskodawca
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

2. Średni miesięczny dochód netto wnioskodawcy z 3 ostatnich miesięcy — potwierdzony zaświadczeniem z tytułu:

pracy zarobkowej zł gr

innych źródeł dochodów zł gr

3. Średni miesięczny dochód netto współmałżonka wnioskodawcy z 3 ostatnich miesięcy — potwierdzony zaświadczeniem z tytułu:

pracy zarobkowej zł gr

innych źródeł dochodów zł gr

4. Średni miesięczny dochód netto na osobę zł gr

W przypadku przyznania pomocy finansowej, zamierzam ją przeznaczyć na następujące cele:

.....
.....

Oświadczam, że podane w niniejszym wniosku dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam, że wniosek sprawdzono pod względem formalnym:

.....
Data, pieczęć imienna, podpis (lub czytelny podpis) osoby prowadzącej sprawę kadrowe lub Program w jednostce organizacyjnej SW, w której wnioskodawca pełni służbę / pracuje, przedstawiciela organu NSZZFiPW.

Klauzula informacyjne

„Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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, zwanego dalej

„rozporządzeniem”. informujemy, że:

- administratorem danych osobowych jest Zarząd Główny Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa, z siedzibą w przy ul. Wiśniowej 50 w Warszawie
- nadzór nad prawidłowym przetwarzaniem danych osobowych w Zarządzie Głównym Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa sprawuje inspektor ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych: e-mail: nszzfipw@nszzfipw.org.pl. tel. 22.640 80 23
- podane przez Panią/Pana dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia, sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej, przetwarzane są wyłącznie w celu rozpatrzenia wniosku, weryfikacji prawdziwości podanych w nim informacji, na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody, o której mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia, oraz w celach archiwalnych, kontrolnych oraz rozliczania świadczeń wypłaconych ze środków Funduszu Pomocowego NSZZFiPW na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e rozporządzenia;
- uzyskane od Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom na podstawie przepisów prawa;
- podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, niemniej bez podania przedmiotowych danych, rozpatrzenie wniosku nie będzie możliwe;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku. o następnie przez okres 5 lat, liczony od końca roku kalendarzowego, w którym wniosek został rozpatrzony, u celach wynikających z regulacji prawnych, w szczególności ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
- w związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - a) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania; którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - b) prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwość ich sprostowania;
 - c) prawo do usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
 - d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania
 - z ograniczeniami wynikającymi z przepisów odrębnych w szczególności ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. jeżeli uzna ona, że przetwarzanie danych narusza przepisy rozporządzenia;
- » pozyskane dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 rozporządzenia.”.

Oświadczenia wnioskodawcy, współmałżonka wnioskodawcy lub pełnoletniego dziecka

Oświadczam, że po zapoznaniu się z powyższą klauzulą informacyjną oraz treścią regulaminu Funduszu Pomocowego NSZZFiPW, dobrowolnie

wyrażam / nie wyrażam zgodyⁱⁱ

na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych moich niepełnoletnich dzieci, w tym danych dotyczących zdrowia, sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej, przekazanych we wniosku i w załącznikach dołączonych do niego przez Zarząd Główny Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa w celu rozpatrzenia i ewentualnego przyznania pomocy finansowej z Funduszu Pomocowego NSZZFiPW. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie poprzez wysłanie żądania na adres: nszzfipw@nszzfipw.org.pl, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania z prawem, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(Data, czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(Data, czytelny podpis współmałżonka wnioskodawcy lub pełnoletniego dziecka)

Nazwa jednostki organizacyjnej SW,
w której wnioskodawca pełni służbę lub pracuje / organu NSZZFiPW

Adres jednostki organizacyjnej SW,
w której wnioskodawca pełni służbę lub pracuje / organu NSZZFiPW

ⁱ Właściwe zakreślić

ⁱⁱ Niewłaściwe skreślić