

ZARZĄDZENIE Nr 7/2025

Dyrektora Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie

z dnia 7 marca 2025 roku

w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych pracowników i innych osób uprawnionych Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1352 z późn. zm.), zarządzam co następuje:

§ 1

W Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych pracowników i innych osób uprawnionych Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie wprowadzam następujące zmiany:

1) § 4 otrzymuje brzmienie:

Środki Funduszu przeznacza się na dofinansowanie:

- wypoczynku pracowników w formie wczasów pod gruszą,
- przyznanie pomocy finansowej w związku ze wzmożonymi wydatkami w okresie wiosennym oraz zimowym,
- pomoc rzeczową i finansową w szczególnych przypadkach losowych,
- pożyczki na cele mieszkaniowe.

2) § 10 otrzymuje brzmienie:

Pracodawca prowadzi działalność socjalną zgodnie z rocznym planem dochodów i wydatków. Komisja we współpracy z administratorem Funduszu ustala w planie podział posiadanych środków na poszczególne rodzaje działalności z wyznaczeniem kwoty bazowej (załącznik nr 2) do końca lutego każdego roku, który podlega zatwierdzeniu przez pracodawcę w ciągu 14 dni.

3) ulegają zmianie: załącznik nr 2, załącznik nr 3, załącznik nr 5, które otrzymują brzmienie załączników do niniejszego zarządzenia

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

.....
Podpis Dyrektora

Roczny preliminarz wydatków SZP ZOZ w roku

| Wyszczególnienie wpływów | Kwota | Wyszczególnienie wydatków | Kwota |
|--|-------|--|-------|
| Stan środków na początku roku | | dofinansowanie do wypoczynku pracowników w formie wczasów pod gruszą | |
| Odpis na ZFŚS dla osób uprawnionych | | przyznanie pomocy finansowej w związku ze wzmożonymi wydatkami w okresie wiosennym | |
| Środki ze spłaty pożyczek wraz z odsetkami | | przyznanie pomocy finansowej w związku ze wzmożonymi wydatkami w okresie zimowym | |
| Odsetki bankowe | | pomoc rzeczową i finansową w szczególnych przypadkach losowych | |
| | | pożyczki na cele mieszkaniowe | |
| RAZEM | | | |

Kwota bazowa dofinansowania do wypoczynku osób uprawnionych złotych,
 Kwota bazowa przyznania pomocy finansowej w związku ze wzmożonymi wydatkami w okresie:
 - wiosennym złotych,
 - zimowym złotych,
 Kwota bazowa pomocy rzeczowej i finansowej w przypadkach losowych złotych.

Komisja socjalna:

Dyrektor SZP ZOZ

.....

.....

Tabele dopłat i wypłat świadczeń

1. Tabela dopłat do pomocy rzeczowej i finansowej bezzwrotnej w przypadkach losowych

| Lp. | Średni miesięczny dochód brutto na 1 członka w rodzinie (ostatnie 3 miesiące) | Dofinansowanie – procent kwoty bazowej (ustalanej w preliminarzu rocznym) |
|-----|---|---|
| 1. | do 3 500 zł | 100 % |
| 2. | powyżej 3 500 zł do 6 500 zł | 80 % |
| 3. | powyżej 6500 zł | 60% |

2. Maksymalna wysokość pożyczek na cele mieszkaniowe oraz wysokość oprocentowania

| Lp. | Przeznaczenie pożyczki | Maksymalna kwota pożyczki w zł |
|-----|--|--------------------------------|
| 1 | na cele remontowo-modernizacyjne oraz na budowę, nabycie lub przekształcenie prawa własności lokalu mieszkalnego | 3.000,00 |

3. Tabela dopłat do wypoczynku pracowników w formie wczasów pod gruszą

| Lp. | Średni miesięczny dochód brutto na 1 członka w rodzinie (ostatnie 3 miesiące) | Dofinansowanie – procent kwoty bazowej (ustalanej w preliminarzu rocznym) |
|-----|---|---|
| 1. | do 3 500 zł | 100 % |
| 2. | powyżej 3 500 zł do 5 000 zł | 70% |
| 3. | powyżej 5 000 zł do 6 500 zł | 40 % |
| 4. | powyżej 6500 zł | 20% |

4. Tabela przyznania pomocy finansowej w związku ze wzmożonymi wydatkami w okresie wiosennym oraz zimowym

| Lp. | Średni miesięczny dochód brutto na 1 członka w rodzinie (ostatnie 3 miesiące) | Dofinansowanie – procent kwoty bazowej (ustalanej w preliminarzu rocznym) |
|-----|---|---|
| 1. | do 3 500 zł | 100 % |
| 2. | powyżej 3 500 zł do 5 000 zł | 70 % |
| 3. | powyżej 5 000 zł do 6 500 zł | 40% |
| 4. | powyżej 6 500 zł | 20% |

..... dnia, r.

.....
/imię i nazwisko/.....
/adres/.....
/stanowisko służbowe/**Samodzielny Zespół Publicznych
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie****Wniosek o przyznanie świadczenia
z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

Proszę o przyznanie następującego świadczenia socjalnego z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych:

- dofinansowania do wypoczynku pracowników w formie wczasów pod gruszą *)
 przyznanie pomocy finansowej w związku ze wzmożonymi wydatkami w okresie wiosennym
 przyznanie pomocy finansowej w związku ze wzmożonymi wydatkami w okresie zimowym
 pomoc rzeczową i finansową w szczególnych przypadkach losowych (należy dołączyć szczegółowy opis i udokumentowanie zaistniałej sytuacji)

Oświadczam, że moja rodzina we wspólnym gospodarstwie domowym (należy przez to rozumieć grono osób razem zamieszkujących i wspólnie utrzymujących się. Osoby samotne, utrzymujące się samodzielnie to jednoosobowe gospodarstwa domowe) **składa się z osób.**

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto na 1 członka w rodzinie ze wszystkich źródeł, łącznie z dochodami osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym za ostatnie 3 miesiące mieści się w przedziale:

- do 3 500 zł,
 powyżej 3 500 zł do 5 000 zł
 powyżej 5 000 zł do 6 500 zł
 powyżej 6 500 zł

*) w przypadku wnioskowania dofinansowania do wypoczynku należy wypełnić poniższe oświadczenia:

Oświadczam, że w okresie odr. do r. korzystałam/em z urlopu wypoczynkowego w wymiarze nie mniejszym niż 14 dni kalendarzowych.

Prawdziwość wyżej podanych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadoma/y odpowiedzialności regulaminowej ZFŚS SZP ZOZ w Jabłonie i odpowiedzialności karnej (art. 286 § 1 lub 3 KK).

.....
(podpis wnioskodawcy)

| |
|---|
| Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych z przyznawaniem świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie (ZFŚS SZP ZOZ w Jabłonie) |
|---|

| |
|---|
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w powyższym wniosku i załączonej do niej dokumentacji przez Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w celach związanych z przyznawaniem świadczenia z ZFŚS SZP ZOZ w Jabłonie |
|---|

.....
(miejscowość i data).....
(podpis wnioskodawcy)

W związku ze złożeniem wniosku o przyznanie świadczenia z ZFŚS SZP ZOZ w Jabłonnice, na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonnice przy ul. Parkowej 21, 05-110 Jabłonna.
2. W SZP ZOZ został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Monika Wojtał, email: monica.wojtal@gmail.com
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe (dotyczące Pani/Pana, członków Pani/Pana rodziny oraz innych osób pozostających z Panią/Panem we wspólnym gospodarstwie domowym) przetwarzane będą w celach związanych z przyznawaniem świadczenia z ZFŚS SZP ZOZ w Jabłonnice na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2191, z późn. zm.), a także w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a RODO, tj. dobrowolnie wyrażonej zgody na przetwarzanie danych. Podane dane osobowe przetwarzane będą w celu i w zakresie niezbędnym do określenia sytuacji życiowej, rodzinnej, materialnej oraz ustalenia praw osoby uprawnionej do danego świadczenia na zasadach określonych w Regulaminie ZFŚS SZP ZOZ.
4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe przechowywane będą wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji świadczenia, tj.:
 - 1) w celach związanych z przyznawaniem świadczenia – do momentu upływu przedawnienia roszczeń;
 - 2) w celach podatkowych i rachunkowych – w zakresie i przez czas zgodny z obowiązującymi przepisami.
5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych przez przepisy prawa.
6. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani – na podstawie tych danych – nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza RODO.
9. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.

Potwierdzenie wykorzystania urlopu w wymiarze 14 dni kalendarzowych:
(podpis osoby upoważnionej)

Po rozpatrzeniu wniosku komisja socjalna na posiedzeniu w dniu proponuje przyznać świadczenie w wysokości słownie

Podpisy Komisji:

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

Przyznaję świadczenie w wysokości słownie

Podpis Dyrektora SZP ZOZ w Jabłonnice

.....