

TABELA OKREŚLAJĄCA WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA WYPOCZYNKU WE WŁASNYM ZAKRESIE

l.p.	Dochód na osobę w rodzinie	Próg dochodowy	Kwota świadczenia
1	do 3 000,00 zł	I	Kwota bazowa (KB)*
2	od 3 001,00 zł do 4 000,00 zł	II	KB – 100,00 zł
3	od 4 001,00 zł do 5 000,00 zł	III	KB – 200,00 zł
4	powyżej 5 000,00 zł	IV	KB – 300,00 zł

- Kwota Bazowa – jest ustalana przez Komisję Socjalną przy uchwalaniu planu budżetowego Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i obowiązuje w danym roku.

**TABELA OKREŚLAJĄCA WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA DO WYPOCZYNKU
ZORGANIZOWANEGO**

l.p.	Dochód na osobę w rodzinie	Próg dochodowy	Kwota świadczenia
1	do 3 000,00 zł	I	90% rachunku, nie więcej jednak niż 1080,00 zł
2	od 3 001,00 zł do 4 000,00 zł	II	80% rachunku, nie więcej jednak niż 880,00 zł
3	od 4 001,00 zł do 5 000,00 zł	III	70% rachunku, nie więcej jednak niż 700,00 zł
4	powyżej 5 000,00 zł	IV	60% rachunku, nie więcej jednak niż 540,00 zł

WYSOKOŚĆ ZAPOMOGI LOSOWEJ

- 1) śmierć dziecka pracownika – 3000,00 zł
- 2) śmierć współmałżonka pracownika – 2000,00 zł
- 3) śmierć rodziców pracownika – 1000,00 zł
- 4) Zapomoga losowa: maksymalna wysokość jednorazowej zapomogi – 300 proc. minimalnego wynagrodzenia w danym roku.

TABELA OKREŚLAJĄCA WYSOKOŚĆ ZAPOMOGI SOCJALNEJ

l.p.	Dochód na osobę w rodzinie	Próg dochodowy	Kwota zapomogi
1	do 3 000,00 zł	I	Kwota bazowa (KB)*
2	od 3 001,00 zł do 4 000,00 zł	II	KB – 100,00 zł
3	od 4 001,00 zł do 5 000,00 zł	III	KB – 200,00 zł
4	powyżej 5 000,00 zł	IV	KB – 300,00 zł

- Kwota Bazowa – jest ustalana przez Komisję Socjalną przy uchwalaniu planu budżetowego Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i obowiązuje w danym roku.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby, której te dane dotyczą w celu ustalenia prawa do otrzymania świadczenia, o które składany jest wniosek

*Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie w składanym wniosku o świadczenie socjalne, przez **XIV Liceum Ogólnokształcącego im. Mikołaja Kopernika**, w celu ustalenia prawa do otrzymania niniejszego świadczenia w ramach Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.*

Równocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o tym, że podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, o przysługujących mi prawach wglądu do danych, prawie ich poprawiania, a także prawie sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz wobec przekazywania moich danych osobowych innym podmiotom oraz poinformowania mnie o tym kto jest administratorem podawanych przeze mnie danych

Kraków, dnia

.....
podpis wyrażającego zgodę

