

Dane dotyczące wnioskodawcy:

Kartuzy, dnia

.....
/imię i nazwisko/

.....
/ulica, nr domu/

.....
/kod pocztowy, miejscowość/

**Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Kartuzach**

Wniosek o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka

Zwracamy się z prośbą o przyznanie od dnia r. świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka:

....., ul. I.

umieszczonego na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego w
z dnia r. w rodzinie zastępczej niezawodowej/ spokrewnionej/zawodowej*
w naszych osobach.

Data faktycznego umieszczenia dziecka:

.....
podpis wnioskodawcy

....., dnia.....

/miejsowość/

.....nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

/imię i nazwisko/

..... nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

/ Imię i nazwisko/

.....

/adres zamieszkania/

nr tel.

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam co następuje:

Stanowimy **rodzinę zastępczą spokrewnioną / niezawodową / zawodową / rodzinny dom dziecka*** dla:

.....
.....

Wychowanek **posiada orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności** **TAK / NIE** ważne do:

.....
.....

Wychowanek **został umieszczony/nie został umieszczony** na podstawie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

1. Zgodnie z art. 89 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej osoby otrzymujące świadczenia, dodatki, wynagrodzenia oraz dofinansowania do wypoczynku, o których mowa w ustawie, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie pieniężne, o każdej zmianie sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej ich oraz dziecka, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń.
2. Zgodnie z art. 92 ust. 1 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej nienależnie pobrane świadczenia pieniężne podlegają zwrotowi, łącznie z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, przez osobę, która je pobrała.
3. Zgodnie z art. 92 ust. 7 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej kwoty nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych wraz z odsetkami, ustalone ostateczną decyzją, podlegają potrąceniu z bieżąco wypłacanych świadczeń pieniężnych.
4. Zgodnie z art. 92 ust. 8 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

.....

/Czytelny podpis pracownika/

.....

/Czytelny podpis osoby zainteresowanej/

*niepotrzebne skreślić

Dane dotyczące wnioskodawcy:

Kartuzy, dnia

.....
/imię i nazwisko/

.....
/ulica, nr domu/

.....
/kod pocztowy, miejscowość/

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach

wyrażam zgodę

na przetwarzanie moich danych osobowych tj. utrwalanie, przechowywanie, udostępnianie, usuwanie i pozyskiwanie m.in. w sądach, prokuraturze, policji, ośrodkach interwencji kryzysowej, ośrodkach pomocy społecznej i innych organizacjach o podobnym zakresie działania.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o :

1. Adresie siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach jako administratora danych osobowych;
2. Przysługujących mi na podstawie ww. ustawy o ochronie danych osobowych, uprawnieniach, a w szczególności o prawie do wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia, tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....

/podpis/

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

/imię i nazwisko/

ZGODA
na przetwarzanie danych osobowych

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu _____

E-mail _____

.....

.....

/miejsowość, data/

/czytelny podpis/

Klauzula informacyjna
dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e -mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
 - a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
 - b. ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
 - c. ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....
/data i podpis/

UPOWAŻNIENIE/PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisana(y)
zam..... legitymująca(y) się dowodem
osobistym seria..... nr..... PESEL..... upoważniam mojego męża/
moją żonę* zam. jak wyżej,
legitymującego się dowodem osobistym seria.....nr do odbioru decyzji,
postanowień, dokumentów w sprawie świadczeń, dodatków oraz środków finansowych, jak
również udzielam mojemu mężowi/mojej żonie* pełnomocnictwa do działania w moim imieniu we
wszystkich sprawach z zakresu ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie
pieczy zastępczej, w tym do składania zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania od decyzji i
składania środków zaskarżenia od decyzji
i postanowień.

.....
/czytelny podpis/

*niewłaściwe skreślić