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

(Imię i Nazwisko wnioskodawcy/osoby zainteresowanej,

jej przedstawiciela ustawowego albo innej osoby, za

zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego)

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

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

(Adres zamieszkania lub pobytu wnioskodawcy 1

Miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer domu, mieszkania)

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

(Dane kontaktowe nr telefonu2)

 Nisko, dnia...............................

**+**

**Wniosek o udzielenie świadczeń z pomocy społecznej**

1. Wnioskuje o udzielenie świadczeń z pomocy społecznej w następujące formie 3:

1) Świadczenie pieniężne

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

(rodzaj świadczenia, świadczeń, o które się wnioskuje)

2) Świadczenie niepieniężne

a) Usługi opiekuńcze

b) Specjalistyczne usługi opiekuńcze w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi

c) Dożywianie dzieci w tym w szkole

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

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

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

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

(Proszę wpisać imiona i nazwiska dzieci, nazwę szkoły, żłobka, przedszkola lub innej placówki, do, której uczęszcza dziecko jeżeli dotyczy)

d) Skierowanie do Domu Pomocy Społecznej

e) Skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

f) Skierowanie do schroniska

g) Posiłki dla osób dorosłych

3) Inna forma pomocy:

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

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

(proszę wpisać preferowana formę pomocy)

Podpis i data wn

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

(Podpis wnioskodawcy i data)

**Oświadczenia wnioskodawcy odbierane w trakcie przeprowadzania wywiadu środowiskowego.**

**(Prosi sie o nie podpisywania oświadczeń w trakcie składania wniosku. Oświadczenia są podpisywane w obecności pracownika socjalnego i w trakcie przeprowadzania wywiadu środowiskowego):**

|  |
| --- |
| 1. Zostałem/am poinformowany/a przez pracownika socjalnego o obowiązkach określonych w art. 109 ustawy o pomocy społecznej tj. że: Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej oraz osoby, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt. 2, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie lub ustalił odpłatność, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń lub ponoszenia odpłatności. .......................................................................................................... (Podpis wnioskodawcy i data)  |

|  |
| --- |
|  2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez pracownika socjalnego w trakcie przeprowadzenia wywiadu środowiskowego o dostępnych formach pomocy i świadczeniach z pomocy społecznej, o które mogę się ubiegać zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z dnia 9 grudnia 2021 r., poz. 2268 z późn. zm.). .......................................................................................................... (Podpis wnioskodawcy i data)  |

|  |
| --- |
| 3. Zgodnie z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U z 21 kwietnia 2021 roku poz. 735 z późń. zm.) zostałem/am poinformowany/a o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania dotyczącego Pana/Pani wniosku o świadczenia z pomocy społecznej, możliwości wypowiadania się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłaszanych żądań, a także dostarczania nowych dowodów, wnoszenia uwag i zastrzeżeń do zgromadzonego materiału dowodowego oraz zapoznania się z całością zgromadzonego materiału dowodowego w tym przed wydaniem decyzji. .......................................................................................................... (Podpis wnioskodawcy i data)  |

|  |
| --- |
| 4. Zgodnie z art. 41. §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U z 21 kwietnia 2021 roku poz. 735 z późn. zm.) zostałem poinformowany o tym, że: *W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu. W razie zaniedbania obowiązku określonego wyżej doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.* . ......................................................................................................... (Podpis wnioskodawcy i data)  |

|  |
| --- |
| **Informacja o przetwarzaniu danych osobowych** |
| **INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH**Na podstawia art. 13 ust. 1-2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dziennik urzędowy Unii Europejskiej 4.5.2016, L. 119/1) informuję, że:1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Nisku ul. Fryderyka Chopina 31, 10, 37-400 Nisku, tel. 15 8 412 334, NIP: 865-20-63309 reprezentowany przez Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Nisku Panią Elżbietę Tłusta.2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest ***Pan Grzegorz Ruchaj,*** ***e – mail administratorbi@ops-nisko.pl******, telefon; 15 8412 334.***3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są w celu:**Rozparzenia Pani/Pana wniosku o udzielenie świadczeń z pomocy społecznej przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Nisku** 4. Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest:1) art. 6 ust. 1 lit c) i e) Rozporządzenia 2016/679:-przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, o którym mowa w punkcie 3);-przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi, o którym mowa w punkcie 3);2) art. 9 ust. 2 lit b) i g) Rozporządzenia 2016/679:-przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, o którym mowa w punkcie 3);-przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, o którym mowa w punkcie 3);3) obowiązek prawny i realizacja zadania wynika z: ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy w szczególności niektórych zadań i obowiązków określonych w art. art. 3, art. 15 pkt. 1), art. 16 ust. 1, art. 17, art. 18, art. 36, art. 100 ust. 2, art. 102 ust. 1 i ust. 2, (t.j.: Dz. U. z dnia 9 grudnia 2021 r., poz. 2268 z późn. zm.).5. Pana/Pani dane osobowe będą przekazywane innym podmiotom i organom wyłącznie na, podstawie obowiązujących przepisów prawa w tym: Urzędowi Skarbowemu; Policji; Prokuratorze; innym jednostkom samorządu terytorialnego i ich jednostkom organizacyjnym; Ośrodkom Pomocy Społecznej; Gminom; Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych; Wojewodzie, bankowi w zakresie wypłaty świadczeń, o ile taki obowiązek będzie wynikał z  przepisów prawa. Dane mogą zostać ujawnione również podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Ośrodka Pomocy Społecznej w Nisku w zakresie realizacji różnych usług, z którymi Ośrodek Pomocy Społecznej zawarł umowy o ich świadczenie. Z aktualną listą podmiotów przetwarzających można zapoznać się w Ośrodku Pomocy Społecznej w siedzibie Administratora danych.  | 6. Pana/Pani dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego. 7. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązujących w tym do celów sprawozdawczych i archiwalnych na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa tj. głownie przez 5 lat B5 zgodnie za właściwą kategorią archiwalną, która zależna jest od rodzaju świadczeń, o które się Pan/Pani ubiega (do kategorii tych zaliczamy między innymi; nr kategorii archiwalnej, których świadczenia mogą dotyczyć 8210, 8211, 8212, 8213, 8214, 8215, 8216, 8217, 8220, 8221, 8222, 8223, 8224, 8225, 8226, 8227, 8228) zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM PREZESA RADY MINISTRÓW z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. 2011 nr 14 poz. 67) lub przez okres dłuższy jeżeli będzie to wynikało z obowiązujących przepisów prawa.Po wskazanym okresie przechowywania zgodnie z symbolem B –oznacza się kategorię archiwalną dokumentacji o czasowym znaczeniu praktycznym, przy czym liczby odpowiadają minimalnemu okresowi przechowywania tej dokumentacji, liczonemu w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy-dokumentacja będzie podlegała zniszczeniu. 8. Ma Pan/Pani prawo żądać od Administratora danych: dostępu do swoich danych osobowych ich sprostowania, usunięcia, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu na przetwarzanie, przenoszenia danych, jeżeli to wynika z przesłanek określonych w RODO. Z pełną listą uprawnień i przesłankami może się Pan/Pani zapoznać u Administratora danych dostępnych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Nisku w Sekretariacie (1 piętro) lub umieszonej na tablicy ogłoszeń Ośrodka i stronie internetowej; http://www.nisko.naszops.pl/ochrona-danych-osobowych.Swoje uprawnienia może Pan/Pani zrealizować poprzez złożenie pisemnego lub elektronicznego wniosku, w szczególnie uzasadnionych przypadkach ustnego, skierowanego do Administratora danych ul. ul. Fryderyka Chopina 31 ,37-400 Nisko, tel/fax 15 8412334, e-mail:opsnisko@ops-nisko.pl. 9. W przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie Pana/Pani zgody ma Pan/Pani prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, fax: 22 531-03-0, tel. 606-950-000 gdy przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących naruszyłoby przepisy ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.11. Podanie przez Pana/Pani danych osobowych jest obowiązkiem:**Ustawowym i wynika z przepisów prawa**i jest Pan/Pani zobowiązany/a do podania danych a konsekwencją niepodania danych przez Pana/Panią danych jest:**Brak możliwości udzielania określonych świadczeń z pomocy społecznej i realizacji celu przetwarzania**12. Pana/Pani dane osobowe nie będą poddawane procesowi zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym profilowaniu.  |
| .(Podpis osoby zapoznającej się z powyższą informacją i data) | ......................................................../data.............................. |