Przemyśl, dnia ……………………………….

………………………………...

Imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………

Adres zamieszkania

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Przemyślu**

**ul. Leszczyńskiego 3**

**37-700 Przemyśl**

**WNIOSEK**

o udzielenie pomocy społecznej

Wnioskodawca ……………………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL seria i nr dowodu osobistego

Adres zamieszkania …………………………….......................................................... Nr telefonu ……………………..

Osoby zamieszkujące i prowadzące wspólnie gospodarstwo domowe:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | PESEL | Miejsce pracy/nauki |
| 1 | WNIOSKODAWCA | - | - |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

Czy rodzina ma przyznany dodatek mieszkaniowy: TAK/NIE (\* zaznaczyć właściwe)

Czy rodzina ma przyznane:

świadczenia rodzinne: TAK/NIE (\* zaznaczyć właściwe) fundusz alimentacyjny: TAK/NIE (\* zaznaczyć właściwe)

Sytuacja zdrowotna w rodzinie:………………………………………………………………………………………….

 (orzeczona niepełnosprawność, przewlekłe choroby itp., osoba uzależniona)

Osoby zamieszkałe oddzielnie zobowiązane do alimentacji:

………………………………………………………………………………………………………………………….

 (podać adres rodziców, teściów, dzieci oraz czy pomagają w jakiej formie)

………………………………………………………………………………………………………………………….

Zobowiązania alimentacyjne ponoszone przez rodzinę: TAK/NIE (\* zaznaczyć właściwe)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**(podkreślić właściwe)**

**Wnoszę o przyznanie:** (\* zaznaczyć właściwe)

1. Zasiłku stałego.
2. Zasiłku okresowego ze względu na:

- długotrwała chorobę,

- niepełnosprawność,

- bezrobocie,

- możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego.

1. Świadczenia pieniężnego w formie zasiłku celowego z przeznaczeniem na zakup żywności.
2. Zasiłku celowego lub specjalnego zasiłku celowego z przeznaczeniem na ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Zakupu posiłku (dożywianie) dla dzieci uczęszczających do :

**(wpisać imiona i nazwiska dzieci oraz pełną nazwę szkoły lub przedszkola oraz adres tej placówki)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Innej pomocy (proszę opisać rodzaj oczekiwanej pomocy)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Załączniki:

1. …………………………………………………. 4. ………………………………………………….

2. …………………………………………………. 5. ………………………………………………….

3. …………………………………………………. 6. ………………………………………………….

 ………………………………………………

  podpis wnioskodawcy

**Oświadczenie**

Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego - Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 k.k. za udzielanie nieprawdziwych informacji jak również o obowiązku wynikającym z art. 109 ustawy o pomocy społecznej tj. niezwłocznego poinformowania o każdej zmianie sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej.

 ……………………………………………….

 podpis wnioskodawcy

Przemyśl, dnia ......................

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

**Osoby ubiegającej się o świadczenia z zakresu pomocy społecznej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej
w Przemyślu**

Z uwagi na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w związku z ubieganiem się o świadczenia z pomocy społecznej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Przemyślu, Administrator Danych Osobowych, stosownie
do art. 100 ust. 4 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1876) w związku 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 (zwane także "RODO") informuje iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Przemyślu (zwany także ADO).
2. Inspektor ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Przemyślu – kontakt; e – mail: iod@mops.przemysl.pl lub tel. (16) 675-21-61 wew. 38.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z ubieganiem się o świadczenia z pomocy społecznej lub udzielaniem świadczeń pomocy społecznej, a to na podstawie przepisów ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej u.p.s. oraz art. 6 ust. 1 lit. c
oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Zabezpieczenia stosowane przez ADO w celu ochrony Pani/Pana danych osobowych polegają szczególnie na:
	1. dopuszczeniu do przetwarzania danych osobowych wyłącznie osób posiadających upoważnienie nadane przez ADO;
	2. pisemnym zobowiązaniu osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych
	do zachowania ich w tajemnicy.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa,
w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach
oraz rozporządzenia 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.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan,
 iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

W celu skorzystania ze wskazanych wyżej praw może Pani/Pan zgłosić taką potrzebę w MOPS w Przemyślu
lub przesłać wniosek na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Przemyślu, ul. Leszczyńskiego 3, 37-700 Przemyśl, lub drogą elektroniczną: sekretariat@mops.przemysl.pl

…………………………………………………
podpis