WNIOSEK
o udzielenie pomocy społecznej

1.Wnioskodawca.....

(imię i nazwisko)

Data urodzenia:..... PESEL:.....

Seria i nr dowodu osobistego..... wydany przez:.....

Telefon:..... wykształcenie:.....

Zawód wyuczony:..... Zawód wykonywany:.....

Miejsce pracy:.....ostatnie miejsce pracy:.....

zwolniony z przyczyn (podać kiedy i jakie przyczyny):.....

Numer konta bankowego:.....

2.WARUNKI MIESZKANIOWE:

Adres zamieszkania: .....
Typ zajmowanego lokalu: ..... liczba izb:.....
(lokatorskie, własne, własnościowe, wynajęte, itp.) (łącznie z kuchnią)

Opis warunków mieszkaniowych (ogrzewanie mieszkania, warunki techniczne, itp.):
.....
.....

3. OPŁATY:

Czynsz:....., gaz:..... energia elektryczna:.....
Wysokość dodatku mieszkaniowego: .....
(kwota i na jaki okres)
Wysokość zadłużenia w opłatach mieszkaniowych:
Za czynsz:..... ....., od kiedy?.....
Za gaz:....., od kiedy?.....
Za energię elektryczną..... ,.od kiedy?.....

4. SYTUACJA MAJĄTKOWA (właściwe podkreślić):

- Mieszkanie własne, własnościowe
- Dom
- Samochód
- Inne (jakie):.....

5. OSOBY WSPÓLNIE ZAMIESZUJĄCE Z WNIOSKODAWCĄ:

L.p.	Nazwisko i imię	Stopień pokryw.	Data urodzenia	PESEL	Wykształcenie zaw. wykon.	Miejsce pracy	Dochód m-czny
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

W powyższej tabeli należy zaznaczyć osoby prowadzące wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą

6. OSOBY ZAMIESZAKŁE ODDZIELNIE ZOBOWIĄZANE DO ALIMENTACJI

(dziadkowie, rodzice, dzieci, wnuki):

L.p.	Nazwisko i imię	Stopień pokryw.	Adres zamieszkania	Udzielona dotychczasowa pomoc(rodzaj i rozmiar pomocy)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

7. SYTUACJA ZDROWOTNA RODZINY WNIOSKODAWCY:

(należy wymienić osoby chore, niepełnosprawne w rodzinie, schorzenia, jeżeli ktoś w rodzinie jest inwalidą, podać której grupy jest to inwalida oraz dołączyć orzeczenie lub stosowne zaświadczenie lekarskie):

.....

.....

.....

.....

OSOBY UZALEZNIONE W RODZINIE

(alkoholizm, narkomania, należy wymienić te osoby oraz zaznaczyć, czy podjęły leczenie):

.....

.....

.....

8. CZY RODZINA (OSOBA W RODZINIE) OBJĘTA JEST DOZOREM KURATORSKIM?

(jeśli tak, to z jakich powodów?)

.....

.....

.....

9. ZOBOWIĄZANIA ALIMENTACYJNE PONOSZONE PRZEZ RODZINE

(jeżeli członek rodziny wnioskodawcy jest zobowiązany do płacenia alimentów, należy go wymienić oraz zaznaczyć na czyją rzecz alimenty są świadczone; do wniosku należy też załączyć sentencję wyroku sądowego):

.....

.....

.....

.....

10. JAKIEJ POMOCY OCZEKUJE WNIOSKODAWCA OD MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W REDZIE?:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. SYTUACJA RODZINNA WNIOSKODAWCY
(należy wymienić problemy oraz trudności występujące w rodzinie, które są przyczyną trudnej sytuacji finansowej rodziny):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:

Zobowiązuję się do przedstawienia danych dotyczących sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej zgodnie z prawdą, jak również do dołączenia do wniosku o udzielenie pomocy wymaganych dokumentów oraz zaświadczeń o wysokości dochodów wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wywiadu środowiskowego/ rodzinnego u osób zobowiązanych do alimentacji w celu ustalenia możliwości udzielenia pomocy ze strony rodziny.

Reda, dnia .....,20.....r.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna w zakresie udzielania pomocy społecznej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (dalej: RODO) przekazujemy poniżej podstawowe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych.

ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

NAZWA	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Redzie
ADRES	ul. Derdowskiego 25
KOD POCZTOWY	84-240
MIASTO	Reda
NUMER NIP	5881807810
NUMER REGON	190843538

ZAKRES STOSOWANIA

Przetwarzanie danych niezbędnych do realizacji zadań z zakresu udzielania pomocy społecznej.

INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

DANE KONTAKTOWE

1. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności dotyczących realizacji obowiązków administratora danych osobowych oraz realizacji praw podmiotów danych osobowych należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych kierując korespondencje na adres siedziby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Redzie.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych – Michał Filipowski, z którym można skontaktować się poprzez e-mail m.filipowski@filcon-inf.pl w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

PODSTAWY PRAWNE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

3. Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze:
   - 3.1. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
   - 3.2. Uchwała nr 140 Rady Ministrów z dnia 15 października 2018 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego rządowego programu "Posiłek w szkole i w domu" na lata 2019-2023;
   - 3.3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
   - 3.4. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011r o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
   - 3.5. Ustawa z dnia 4 listopada 2016 roku o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem";
   - 3.6. **Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.**
   - 3.7. Ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
   - 3.8. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego;
   - 3.9. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
   - 3.10. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych;
   - 3.11. Ustawa z dnia 29 lipca 2005r o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie;
   - 3.12. **Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie na terenie Gminy Miasta Reda w latach 2016-2020;**
   - 3.13. **Gminnego Programu Wspierania Rodziny na terenie Gminy Miasta Redy na lata 2018-2020;**
   - 3.14. **Ustawa z dnia 24 stycznia 1991r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;**
   - 3.15. **Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**

CEL PRZETWARZANIA DANYCH

4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
   - 4.1. wspomagania osób i rodzin wymagających pomocy w osiągnięciu możliwie pełnej aktywności społecznej;
   - 4.2. współdziałania z grupami i społecznościami lokalnymi w celu rozwijania w nich zdolności do samodzielnego rozwiązywania problemów;
   - 4.3. organizowania różnorodnych form pomocy;
   - 4.4. przyznawania świadczeń w zakresie pomocy społecznej;
   - 4.5. zapobiegania procesowi marginalizacji osób i rodzin, a także przeciwdziałania negatywnym zjawiskom w środowisku lokalnym;
   - 4.6. poradnictwa i pracy socjalnej.

PRZETWARZANE DANE OSOBOWE

5. Dane osób objętych pomocą Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Redzie.
6. Dane archiwalne dokumentów związanych z prowadzonymi postępowaniami o udzielenie pomocy społecznej, przechowywane w Składnicy Akt.

CHARAKTER PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

7. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób manualny, przez upoważnione do tego osoby oraz w sposób zautomatyzowany z użyciem przeznaczonych do tego systemów informatycznych.
8. Przetwarzanie danych osobowych za pomocą systemów informatycznych nie będzie wykorzystywane w celu automatycznego podejmowania decyzji w sprawach indywidualnych.
9. Zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych nie będzie polegało na profilowaniu, tj. działaniu polegającym na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania.

OKRES PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

10. Dane osobowe przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa.

UDOSTĘPNIANIE DANYCH OSOBOWYCH, DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

11. Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym lub uprawnionym w postaci informacji przetwarzanej w systemach informatycznych.
12. Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom lub osobom współpracującym, którym zlecono realizację usług wyłącznie w zakresie i w celu związanym z realizacja zamówień i celów określonych w pkt. 4 lub powierzono przetwarzanie danych osobowych.
13. Dane osobowe mogą być udostępniane organom władzy publicznej, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli.

PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH POZA EUROPEJSKI OBSZAR GOSPODARCZY

14. Dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (Kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Liechtenstein i Norwegia).

PRAWA PODMIOTU DANYCH OSOBOWYCH

15. Ma Pan(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
16. Ma Pan(i) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania w dowolnej chwili. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
17. Ma Pan(i) prawo do otrzymania dostarczonych danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym, nadającym się do odczytu maszynowego formacie.
18. Ma Pan(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

OBOWIĄZKI PODMIOTU DANYCH OSOBOWYCH

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych, jest warunkiem realizacji celów określonych w pkt. 4. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych, będzie brak możliwości ich spełnienia.

.....

Data i podpis

..... (pieczęć zakładu pracy)

..... (miejscowość i data)

Zaświadczenie o wynagrodzeniu

Niniejszym zaświadczam, że Pan/i ..... (nazwisko)

..... (imię) PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

zam. ..... (miejscowość) ..... (ulica, nr domu, nr mieszkania)

jest zatrudniony/a w ..... (nazwa zakładu pracy)

na podstawie umowy ..... (rodzaj umowy) na czas .....

na stanowisku ..... i w ubiegłym

miesiącu, tj ..... (słownie miesiąc) otrzymał wynagrodzenie

z tytułu zatrudnienia, w wysokości: ..... (kwota) zł **brutto**. Z wynagrodzenia potrącono:

– zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych ..... (kwota lub kreska) zł.

– składkę na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (w części finansowanej przez ubezpieczonego) ..... (kwota) zł.

– składkę na ubezpieczenie zdrowotne ..... (kwota) zł.

– składkę na ubezpieczenie chorobowe ..... (kwota) zł.

– alimenty ..... (kwota lub kreska) zł.

Wynagrodzenie netto wyniosło: ..... (kwota) zł. Słownie złotych: .....

.....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia we właściwym Ośrodku Pomocy Społecznej.

..... (pieczęć imienna i podpis)

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **OPS 052**

OŚWIADCZENIE

Złożone na wniosek strony (art. 75 § 2 kpa).

Ja niżej podpisany(a)

.....

imię i nazwisko

zamieszkały(a)

kod pocztowy |_|_| - |_|_|_| miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

seria i numer dowodu osobistego ..... Nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Świadomy(a) obowiązków wynikających z Art. 109 Ustawy o Pomocy Społecznej z dnia 12 marca 2004 r., składając oświadczenie pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a, § 2 i § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny, oświadczam co następuje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dane powyższe podałem(am) zgodnie z prawdą i **jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Stwierdzam własnoręczność podpisu

....

podpis osoby przyjmującej oświadczenie — podpis osoby składającej oświadczenie

Miejscowość ..... Data .....

***Art. 109 Ustawy o Pomocy Społecznej**

Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń.

***Art. 233 K.K.** §1 – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§1a – Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§2 – Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§6 – Przepisy §1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **OPS 021**