OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice

WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA W RODZINIE ZASTĘPCZEJ SPOKREWNIONEJ/NIEZAWODOWEJ

PONIŻSZĄ TABELKĘ WYPEŁNIA PRACOWNIK OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

OPS-DS.5170. .20……	(data wpływu wniosku)

Część I

DANE PIERWSZEJ OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK O ŚWIADCZENIE, ZWANEJ DALEJ „WNIOSKODAWCĄ”

NALEŻY UZUPEŁNIĆ	
	Imię i nazwisko **ANNA KOWALSKA**
	PESEL **88110311111**

Miejsce zamieszkania

NALEŻY UZUPEŁNIĆ			
	Miejscowość **GLIWICE**	Kod pocztowy **44-100**	Nr telefonu (nieobowiązkowo) **500 111 111**
	Ulica **GLIWICKA**	Nr domu **100**	Nr mieszkania

DANE DRUGIEJ*) OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK O ŚWIADCZENIE, ZWANEJ DALEJ „WNIOSKODAWCĄ”

NALEŻY UZUPEŁNIĆ	
	Imię i nazwisko **JAN KOWALSKI**
	PESEL **86102999999**

Miejsce zamieszkania

NALEŻY UZUPEŁNIĆ			
	Miejscowość **GLIWICE**	Kod pocztowy **44-100**	Nr telefonu (nieobowiązkowo)
	Ulica **GLIWICKA**	Nr domu **100**	Nr mieszkania

*) Dane drugiego wnioskodawcy należy podać **wyłącznie** w przypadku, jeżeli zgodnie z postanowieniem Sądu ustanowiono rodzinę zastępczą obejmującą więcej, niż 1 osobę

***Informacja OPS**: Wskazanie przez Państwa konkretnej opcji pozwoli na kierowanie korespondencji zgodnie z Państwa dyspozycją*

Zaznacz, czy podany powyżej adres ma służyć jako:

1. Adres, pod który ma być wysyłana korespondencja z OPS w Gliwicach:
   - wyłącznie w danej sprawie ☐
   - na potrzeby wszystkich spraw ☐
2. Adres, pod który ma być wysyłana korespondencja z wszystkich jednostek UM w Gliwicach **X**

Świadczenia zostaną przekazane na poniższy numer konta zgodnie z przedmiotowym wnioskiem, tj.:

5 2	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1

w banku **BANK POLSKI** (nazwa banku)

Część II

WNIOSKOWANIE DOTYCZĄCE PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA W RODZINIE ZASTĘPCZEJ SPOKREWNIONEJ/NIEZAWODOWEJ

Wnoszę o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania w rodzinie zastępczej spokrewnionej/niezawodowej na następujące dzieci:

NALEŻY UZUPEŁNIĆ	Lp.	Imię i nazwisko dziecka	PESEL	Data i miejsce urodzenia
	1	**ADAM NOWAK**	**06293011111**	ur. **30.09.2006 r.** w **Gliwicach**
	2	**EWELINA NOWAK**	**07102322222**	ur. **23.10.2007 r.** w **Zabrzu**
	3			ur. ……..…… w ……
	4			ur. ……..…… w ……

Część III

KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY DZIECKA UMIESZCZONEGO W PIECZY ZASTĘPCZEJ

1. Wnioskodawca został ustanowiony rodziną zastępczą dla dziecka/i **Adam i Ewelina Nowak** na podstawie postanowienia **Sądu Rejonowego** w **Gliwicach** z dnia **12.01.2023 r.** (sygn.. akt. **XXX/XXX**)
2. Data faktycznego umieszczenia dziecka/i w rodzinie zastępczej: **17.01.2023 r.**

   ……
3. Forma pieczy zastępczej:

   ☐ spokrewniona – stopień pokrewieństwa ……..

   X niezawodowa

   ☐ zawodowa
4. Informacje dotyczące rodziców biologicznych:

MATKA	Imię i nazwisko matki **JOANNA NOWAK**	Miejscowość **GLIWICE**	Kod pocztowy **44-100**
	Ulica **CHORZOWSKA**	Nr domu **1000**	Nr mieszkania **99**

☐ nie mam wiedzy na temat adresu zamieszkania matki dziecka/i

Zakres władzy rodzicielskiej matki: **OGRANICZONA**

OJCIEC	Imię i nazwisko ojca	Miejscowość	Kod pocztowy
	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania

x nie mam wiedzy na temat adresu zamieszkania ojca dziecka/i

☐ ojciec dziecka/i nie jest znany

Zakres władzy rodzicielskiej ojca: **POZBAWIONY**

5. Przed umieszczeniem dziecko/i przebywało/y pod opieką:

NALEŻY UZUPEŁNIĆ	Imię i nazwisko **JOANNA NOWAK**	Miejscowość **GLIWICE**	Kod pocztowy **44-100**
	Ulica **CHORZOWSKA**	Nr domu **1000**	Nr mieszkania **99**

6. Dziecko zostało umieszczone na podstawie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich:

x NIE ☐ TAK ……...……..……

7. Dziecko legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności:

x NIE ☐ TAK …….… (data wydania orzeczenia) …….. (organ wydający orzeczenie) ……. (data ważności orzeczenia)

***Informacja OPS**: W przypadku, jeżeli dane dotyczące poszczególnych dzieci są różne należy wypełnić załącznik nr 1*

Część IV

ALIMENTACJA NA RZECZ DZIECKA/I OD RODZICA BIOLOGICZNEGO

DANE PIERWSZEGO DZIECKA: ADAM NOWAK (imię i nazwisko)

1. Dziecko ma zasądzone alimenty <u>od ojca</u>:

☐ NIE **x** TAK

Sąd Rejonowy w Gliwicach, 13.03.2020 r., sygn.. xxx/xxx

(wskazanie sądu, który wydał wyrok, data oraz sygnatura sprawy)

a) ojciec płaci alimenty:

☐ bezpośrednio rodzinie zastępczej

☐ Komornikowi Sądowemu …….. (wskazanie organu egzekucyjnego)

☐ dobrowolne

w wysokości ……

b) **x** nie płaci alimentów

2. Dziecko ma zasądzone alimenty <u>od matki</u>:

x NIE ☐ TAK

……...……...……..…

(wskazanie sądu, który wydał wyrok, data oraz sygnatura sprawy)

a) matka płaci alimenty:

☐ bezpośrednio rodzinie zastępczej

☐ Komornikowi Sądowemu …….. (wskazanie organu egzekucyjnego)

☐ dobrowolne

w wysokości ……

b) x nie płaci alimentów

DANE DRUGIEGO DZIECKA: EWELINA NOWAK (imię i nazwisko)

1. Dziecko ma zasądzone alimenty <u>od ojca</u>:

☐ NIE x TAK

Sąd Rejonowy w Gliwicach, 13.03.2020 r., sygn.. xxx/xxx

(wskazanie sądu, który wydał wyrok, data oraz sygnatura sprawy)

a) ojciec płaci alimenty:

☐ bezpośrednio rodzinie zastępczej

☐ Komornikowi Sądowemu …….. (wskazanie organu egzekucyjnego)

☐ dobrowolne

w wysokości ……

b) X nie płaci alimentów

2. Dziecko ma zasądzone alimenty <u>od matki</u>:

X NIE ☐ TAK

……...……...……..…

(wskazanie sądu, który wydał wyrok, data oraz sygnatura sprawy)

a) matka płaci alimenty:

☐ bezpośrednio rodzinie zastępczej

☐ Komornikowi Sądowemu …….. (wskazanie organu egzekucyjnego)

☐ dobrowolne

w wysokości ……

b) X nie płaci alimentów

DANE TRZECIEGO DZIECKA: ……..…… (imię i nazwisko)

1. Dziecko ma zasądzone alimenty <u>od ojca</u>:

☐ NIE ☐ TAK

……...……...……..…

(wskazanie sądu, który wydał wyrok, data oraz sygnatura sprawy)

a) ojciec płaci alimenty:

☐ bezpośrednio rodzinie zastępczej

☐ Komornikowi Sądowemu …….. (wskazanie organu egzekucyjnego)

☐ dobrowolne

w wysokości ……

b) ☐ nie płaci alimentów

2. Dziecko ma zasądzone alimenty <u>od matki</u>:

☐ NIE ☐ TAK

……...……...……..…

(wskazanie sądu, który wydał wyrok, data oraz sygnatura sprawy)

a) matka płaci alimenty:

☐ bezpośrednio rodzinie zastępczej

☐ Komornikowi Sądowemu …….. (wskazanie organu egzekucyjnego)

☐ dobrowolne

w wysokości ……

b) ☐ nie płaci alimentów

DANE CZWARTEGO DZIECKA: ……..……..…… (imię i nazwisko)

1. Dziecko ma zasądzone alimenty <u>od ojca</u>:

☐ NIE ☐ TAK

……...……...……..…

(wskazanie sądu, który wydał wyrok, data oraz sygnatura sprawy)

a) ojciec płaci alimenty:

☐ bezpośrednio rodzinie zastępczej

☐ Komornikowi Sądowemu …….. (wskazanie organu egzekucyjnego)

☐ dobrowolne

w wysokości ……

b) ☐ nie płaci alimentów

2. Dziecko ma zasądzone alimenty <u>od matki</u>:

☐ NIE ☐ TAK

……...……...……..…

(wskazanie sądu, który wydał wyrok, data oraz sygnatura sprawy)

a) matka płaci alimenty:

☐ bezpośrednio rodzinie zastępczej

☐ Komornikowi Sądowemu …….. (wskazanie organu egzekucyjnego)

☐ dobrowolne

w wysokości ……

b) ☐ nie płaci alimentów

Część IV

POUCZENIA ORAZ OŚWIADCZENIA

Zostałam/em poinformowana/y, że ewentualna wypłata świadczeń zgodnie z art. 110 KPA nastąpi po odebraniu decyzji przyznającej w/w świadczenia.
Wszystkie podane przeze mnie dane są prawdziwe.
Zgodnie z art. 89 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej osoby otrzymujące świadczenia, dodatki, wynagrodzenia oraz dofinansowania do wypoczynku, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej ich oraz dziecka, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń.
W dniu złożenia/uzupełnienia wniosku zapoznałam/em się z aktami sprawy ze zgromadzonym przez organ materiałem dowodowym.

INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH ZBIERANYCH PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

1. Dane osobowe zbieramy i przetwarzamy ręcznie oraz automatycznie w celu realizacji statutowej działalności Ośrodka na podstawie ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
2. Dane osobowe wykorzystujemy również w celu:
   -sprawniejszej komunikacji z klientami Ośrodka – w tym celu prosimy o podanie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu; podanie tych danych jest dobrowolne. Wówczas zawsze mają Państwo prawo nie podać danych bez żadnych konsekwencji prawnych, a ich podanie jest traktowane jak zgoda na ich wykorzystanie,
   -realizacji innych obowiązków i uprawnień wynikających z przepisów prawa w związku z wykonywaniem zadań publicznych w tym zapewnienia dostępu do informacji o stanie załatwienia spraw, do czego jesteśmy zobowiązani ustawą o dostępie do informacji publicznej (art. 6 ust. 1 pkt 3) lit. e)),
   - zawierania i wykonania umów cywilnoprawnych i z zakresu prawa pracy – w takim przypadku, niepodanie danych uniemożliwi zawarcie umowy lub jej wykonanie.
3. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach, ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice, reprezentowany przez Dyrektora.
4. Współadministratorami danych są miejskie jednostki organizacyjne wymienione w zarządzeniu nr 84/19 Prezydenta Miasta Gliwice z dnia 12.08.2019 r. w sprawie zatwierdzenia uzgodnień dotyczących określenia zakresów odpowiedzialności współadministratorów wynikających z wypełniania obowiązków związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
5. Każda osoba, której dane dotyczą może korzystać z następujących uprawnień:
   - żądania od Administratora dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
   - żądania od Administratora sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
   - żądania od Administratora usunięcia Pani/Pana danych osobowych,
   - żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
   - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
   - przenoszenia Pani/Pana danych osobowych,
   - wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Dodatkowe informacje:
   Dane osobowe mogą być przekazywane:
   -innym podmiotom, w celu wykonywania zadań publicznych,
   -innym osobom lub podmiotom, jeżeli przepis prawa nakłada na administratora danych osobowych obowiązek udostępnienia przetwarzanych danych osobowych.

   Okres przechowywania danych osobowych określają przepisy kancelaryjno-archiwalne, dla celu w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane okres przechowywania akt wynosi 5 lat, natomiast dane z monitoringu przechowujemy 14 dni od dnia nagrania.

   W Ośrodku nie ma miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji w indywidualnych przypadkach, w tym profilowanie.
   Niepodanie danych lub podanie niepełnych danych może uniemożliwić załatwienie sprawy.
   W razie pytań i wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych zbieranych przez Ośrodek można się kontaktować za pomocą poczty tradycyjnej, listownie na adres: ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice, poprzez: kontakt e-mailowy pod adresem: ops@ops.gliwice.eu.

Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Gliwice, **20.01.2023 r.** (data)	Kowalska Anna (podpis pierwszego wnioskodawcy)

Gliwice, **20.01.2023 r.** (data)	*Kowalski Jan* (podpis drugiego wnioskodawcy*))

*) Dane drugiego wnioskodawcy należy podać **wyłącznie** w przypadku, jeżeli zgodnie z postanowieniem Sądu ustanowiono rodzinę zastępczą obejmującą więcej, niż 1 osobę