OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice

WNIOSEK O PRZYZNANIE JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE NIEZBĘDNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z POTRZEBAMI PRZYJMOWANEGO DZIECKA

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

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

Część II

WNIOSKOWANIE DOTYCZĄCE PRZYZNANIA JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE NIEZBĘDNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z POTRZEBAMI PRZYJMOWANEGO DZIECKA

Wnoszę o przyznanie jednorazowego świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka:

	Lp.	Imię i nazwisko dziecka	PESEL	Data i miejsce urodzenia
NALEŻY UZUPEŁNIĆ	1	**EWELINA NOWAK**	**13321099661**	ur. **10.02.2013 r.** w **Zabrzu**
	2			ur. ……..…… w ……
	3			ur. ……..…… w ……
	4			ur. ……..…… w ……
	5			ur. ……..…… w ……
	6			ur. ……..…… w ……

Oświadczam, że w ramach przyznanego świadczenia zakupię: ODZIEŻ, OBUWIE, KOMPLET POŚCIELI, ŁÓŻKO, BIURKO, KRZESŁO DO BIURKA, KSIĄŻKI I ZESZYTY

……..…..

……..…..

Część III

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.

Zobowiązuję się do rozliczenia jednorazowego świadczenia otrzymanego na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka. Rozliczę przyznane środki finansowe w terminie do 2 miesięcy od dnia ich otrzymania, dostarczając do Działu Świadczeń Ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach oryginały rachunków/faktur lub ich potwierdzone kopie.

W przypadku nierozliczenia przyznanego świadczenia w wyznaczonym terminie bądź stwierdzenia wykorzystania świadczenia niezgodnie z ustaleniami, rodzinę zastępczą lub prowadzącego rodzinny dom dziecka zobowiązuje się do zwrotu świadczenia w całości lub w części stanowiącej różnicę pomiędzy zakupami uzgodnionymi a faktycznie dokonanymi.

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.
Zgodnie z Zarządzeniem Prezydenta Miasta Gliwice nr PM-511/15 z dnia 9 marca 2015 r. ze zm. w sprawie określenia zasad i wysokości świadczeń przyznawanych rodzinom zastępczym oraz osobom prowadzącym rodzinny dom dziecka jednorazowe świadczenie na pokrycie niezbędnych kosztów związanych

z potrzebami przyjmowanego dziecka może zostać przeznaczone w szczególności na nabycie łóżka/łóżeczka, materaca do łóżka/łóżeczka, kołdry, poduszki, pościeli, biurka, lampki, krzesła do biurka, krzesełka do karmienia, butelek, przyborów toaletowych dla niemowlęcia, leżaczka niemowlęcego/nosidełka, fotelika samochodowego, szafa, meblościanki, półki, regału z półkami, komody, wózka głębokiego, wózka spacerowego, koca, bielizny osobistej, ręczników, odzieży, obuwia, zabawek edukacyjnych (stymulujących rozwój), dywaników/wykładziny podłogowej/paneli, karniszy, firanek, materiałów niezbędnych do przeprowadzenia drobnego remontu (np. farb, tapet, podstawowych materiałów wykończeniowych), książek, zeszytów, przyborów do nauki, sprzętu AGD (np. blendera, miksera, pralki automatycznej, kuchenki gazowo-elektrycznej).
W dniu złożenia/uzupełnienia wniosku zapoznałam/em się z aktami sprawy ze zgromadzonym przez organ materiałem dowodowym.

Część IV

KOSZTORYS

DANE PIERWSZEGO DZIECKA: **EWELINA NOWAK** (imię i nazwisko)

L.p.	Nazwa wydatku	Ilość	Cena jednostkowa
1	**ODZIEŻ**	**1**	**500**
2	**OBUWIE**	**1**	**300**
3	**KOMPLET POŚCIELI**	**1**	**50**
4	**ŁÓŻKO**	**1**	**400**
5	**BIURKO**	**1**	**300**
6	**KRZESŁO DO BIURKA**	**1**	**150**
7	**KSIĄŻKI, ZESZYTY**	**1**	**100**
8			
9			
10			
ŁĄCZNA KWOTA:			**1800**

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

L.p.	Nazwa wydatku	Ilość	Cena jednostkowa
1			

2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
ŁĄCZNA KWOTA:			

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

L.p.	**Nazwa wydatku**	**Ilość**	**Cena jednostkowa**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ŁĄCZNA KWOTA:	

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

L.p.	Nazwa wydatku	Ilość	Cena jednostkowa
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
ŁĄCZNA KWOTA:			

***Informacja OPS**: W przypadku, jeżeli wnioskowanie dotyczy większej ilości dzieci, niż 4 należy wypełnić załącznik nr 1*

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, 17.01.2023 r. (data)	Kowalska Anna (podpis pierwszego wnioskodawcy)

Gliwice, 17.01.2023 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