

Numer sprawy

Koszalin, dnia

.....
imię i nazwisko (literami drukowanymi)

.....
adres zamieszkania/zameldowania

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
al. Monte Cassino 2
Koszalin**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL (potwierdzony przez kancelarię po okazaniu dokumentu tożsamości)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL DZIECKA (w przypadku gdy wniosek dot. świadczeń pobieranych na dziecko)

.....
numer telefonu (nieobowiązkowo)

Proszę o wydanie zaświadczenia o korzystaniu/niekorzystaniu (podkreślić właściwe) z:

• **POMOCY SPOŁECZNEJ**

• **ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH**

• **FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO**

• **ŚWIADCZENIA WYCHOWAWCZEGO**

• **ZASIŁKU DLA OPIEKUNÓW**

• **OPIEKI ZASTĘPCZEJ**

• **PORADNICTWA SPECJALISTYCZNEGO**

• **DODATKU MIESZKANIOWEGO**

• **DODATKU ENERGETYCZNEGO**

• **SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE**

• **INNE:**

za okres

Wydruk karty świadczeń TAK/NIE (podkreślić właściwe)

Zaświadczenie niezbędne jest do przedłożenia w

celem ubiegania się o

Odbiór zaświadczenia (podkreślić właściwe):

1) osobisty do 7 dni (7 dnia do godz. 10)

2) przesłanie pocztą na podany adres

Uwaga: osoby niefigurujące w ewidencji MOPR w Koszalinie do wniosku o wydanie zaświadczenia w zakresie świadczeń rodzinnych/funduszu alimentacyjnego zobowiązane są przedstawić do wglądu akt urodzenia dziecka.

.....
podpis wnioskodawcy

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koszalinie z siedzibą przy al. Monte Cassino 2 w Koszalinie, adres e-mail: sekretariat@mopr.koszalin.pl, tel. 94 316 03 00.**

Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie: **art. 6 ust. 1 lit. a) i c) RODO** w związku z **Ustawą z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (art. 217)** w celu **wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z w/w ustawy (realizacji zadań dotyczących wydawania zaświadczeń, w tym zaświadczeń o korzystaniu/niekorzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, świadczeń rodzinnych, dodatków mieszkaniowych, dodatków energetycznych, funduszu alimentacyjnego, opieki zastępczej, poradnictwa specjalistycznego, dofinansowania ze środków PFRON i innych, w zależności od Pani/Pana spraw/sprawy).**

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa i wewnętrznych regulacji dotyczących archiwizowania danych obowiązujących w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Koszalinie.

Sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Koszalinie:

- adres korespondencyjny: al. Monte Cassino 2, 75-412 Koszalin
- adres e-mail: iod@mopr.koszalin.pl

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych: imię, nazwisko i adres jest obligatoryjne i niezbędne do realizacji w/w celów.

Podanie innych danych zawartych w formularzu wniosku jest dobrowolne, jednakże ich brak może utrudnić wydanie zaświadczenia. W stosunku do tych danych posiada Pani/Pan również prawo żądania ich usunięcia oraz prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie.

W przypadku, gdy przepisy szczególne nie stanowią inaczej posiada Pani/Pan prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe **mogą być przekazywane:**

1. Podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
2. Podmiotom, które przetwarzają dane osobowe na zlecenie administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, m.in. firmy świadczące usługi w zakresie oprogramowania.

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Zapoznałem/Zapoznałam się z klauzulą informacyjną:

.....
(data, podpis)

.....
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

OŚWIADCZENIE

Czy zgadzasz się na przetwarzanie przez **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koszalinie z siedzibą przy al. Monte Cassino 2** podanych przez Ciebie danych osobowych innych niż imię i nazwisko oraz adres **w celu postępowania w sprawie wydawania zaświadczeń o korzystaniu/niekorzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, świadczeń rodzinnych, dodatków mieszkaniowych, dodatków energetycznych, funduszu alimentacyjnego, opieki zastępczej, poradnictwa specjalistycznego, dofinansowania ze środków PFRON i innych, w zależności od Pani/Pana spraw/sprawy?**

☐ TAK

☐ NIE

Informacja o prawie cofnięcia zgody

W każdej chwili przysługuje Ci prawo do wycofania zgody na przetwarzanie Twoich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Twojej zgody przed jej wycofaniem.

.....
(data, podpis)