

|                                                                       |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Pieczęć podmiotu realizującego świadczenie z tytułu pieczy zastępczej | Data wpływu wniosku do urzędu *<br>.....<br>*wypełnia urząd |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

## **WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA W PIECZY ZASTĘPCZEJ PO OSIĄGNIĘCIU PRZEZ DZIECKO PEŁNOLETNOŚCI**

1. Wnioskodawca: .....

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

2. Wnoszę o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania pełnoletniego wychowanka umieszczonego w pieczy zastępczej:

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL .....

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej .....

.....

Stopień pokrewieństwa .....

Szkoła .....

3. Pełnoletni wychowanek w pieczy zastępczej zostało umieszczone na podstawie postanowienia sądu:

.....

(sąd, nazwa, z dnia, sygnatura akt)

4. Data faktycznego umieszczenia pełnoletniego wychowanka w pieczy zastępczej:

.....

5. Pełnoletni wychowanek w pieczy zastępczej posiada orzeczenie o niepełnosprawności:

.....

(orzeczona niepełnosprawność do 16 r.ż. znaczny, umiarkowany stopień niepełnosprawności, okres na jaki zostało orzeczone)

**6. Dane opiekunów zastępczych:**

|                                          |  |  |
|------------------------------------------|--|--|
| Nazwisko i imię                          |  |  |
| Miejsce /dokładny adres/<br>zamieszkania |  |  |
| Data urodzenia                           |  |  |
| PESEL                                    |  |  |
| Seria i numer dowodu<br>osobistego       |  |  |
| Stan cywilny                             |  |  |
| Wykształcenie                            |  |  |
| Numer telefonu                           |  |  |

7. Dane rodziców dziecka:

|                      |        |         |
|----------------------|--------|---------|
| Nazwisko i imię      | Matka: | Ojciec: |
| Data urodzenia       |        |         |
| Miejsce zamieszkania |        |         |
| Inne informacje      |        |         |

**8. Pomoc pieniężną proszę przekazywać na rachunek bankowy:**

Właściciel rachunku bakowego: .....

Nazwa banku: .....

Numer rachunku bankowego:

[illegible]

**Upředzyny/a o odpowiedzialności karnej, przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny za składanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem rzeczywistym.**

.....  
(data)

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

**Do wniosku załączam następujące dokumenty:**

.....  
.....  
.....

Jednocześnie przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, iż dnia ..... wszczęto postępowanie administracyjne w sprawie pomocy zgodnie z niniejszym wnioskiem, które po przeprowadzeniu postępowania w sprawie zostanie zakończone decyzją administracyjną w terminie zgodnym z KPA.

.....  
(data i podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

Na podstawie Rozporządzenie 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 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach informuje, że

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, zwany dalej Administratorem.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować telefonicznie – tel.604-080-935 lub poprzez e-mail:[inspektor25052018@gmail.com](mailto:inspektor25052018@gmail.com) we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego, wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Podstawą przetwarzania danych osobowych może być również zgoda.
5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
  - przenoszenia danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
  - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
  - Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
  - Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30 w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t. j. Dz. U. z 2025 r. Poz.49 ze zm.).

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
(data i podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

## POUCZENIE

**Rodzinę zastępczą spokrewnioną** tworzą małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim, będący wstępnymi lub rodzeństwem dziecka.

**Rodzinę zastępczą zawodową, rodzinę zastępczą niezawodową lub rodzinny dom dziecka** tworzą małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim, niebędący wstępnymi lub rodzeństwem dziecka.

**Rodzinie zastępczej** oraz prowadzącemu rodzinny dom dziecka, na każde umieszczone dziecko, przysługuje świadczenie na pokrycie kosztów jego utrzymania, nie niższe niż kwota:

- 1) 1075,00 zł miesięcznie – w przypadku dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej spokrewnionej;
- 2) 1628,00 zł miesięcznie – w przypadku dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej zawodowej, rodzinie zastępczej niezawodowej lub rodzinnym domu dziecka

**Osoby otrzymujące świadczenia** na pokrycie kosztów utrzymania dziecka w rodzinie zastępczej, dodatki są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie pieniężne, o każdej zmianie ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń (art. 89 cyt. ustawy).

**Zgodnie z art. 92 ust.1** nienależnie pobrane świadczenia pieniężne podlegają zwrotowi łącznie z ustawowymi odsetkami przez osobę, która je pobrała. Zgodnie z art. 92 ust. 7 kwoty nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych wraz z odsetkami, ustalone ostateczną decyzją, podlegają potrąceniu z bieżąco wypłacanych świadczeń pieniężnych.

Za **nienależnie pobrane świadczenia pieniężne** uważa się świadczenia:

- 1) wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie albo wstrzymanie wypłaty świadczenia pieniężnego w całości lub w części;
- 2) przyznane lub wypłacone w przypadku świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą te świadczenia;
- 3) wypłacone bez podstawy prawnej lub z rażącym naruszeniem prawa, jeżeli stwierdzono nieważność decyzji przyznającej świadczenie pieniężne albo w wyniku wznowienia postępowania uchylono decyzję przyznającą to świadczenie i odmówiono prawa do tego świadczenia (art. 92 ust.2 pkt 1-3)

Oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do pobierania pomocy pieniężnej z tytułu stanowienia rodziny zastępczej.

.....  
(data i podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

### WYPEŁNIA URZĄD:

Stopień pokrewieństwa .....

Data rozpoczęcia pomocy pieniężnej.....

Wysokość pomocy pieniężnej.....

.....

Chojnice, dnia .....

.....  
(podpis i pieczęćka pracownika)

### **Decyzja podmiotu realizującego świadczenie z tytułu pieczy zastępczej:**

.....

.....

.....

Chojnice, dnia.....

.....  
(podpis i pieczęćka Dyrektora PCPR)