

Pieczęć podmiotu realizującego świadczenie z tytułu pieczy zastępczej	Data wpływu wniosku do urzędu * *wypełnia urząd
---	---

WNIOSEK O ŚWIADCZENIE NA POKRYCIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z WYSTĄPIENIEM ZDARZEŃ LOSOWYCH

1. Wnioskodawca:

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

2. Wnoszę o przyznanie wyżej wymienionego świadczenia z powodu (opis sytuacji):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Wykaz dołączonych załączników:

.....

4. Czy zdarzenie losowe jest dofinansowane z innych źródeł (jeżeli tak – jakie to źródła)?:

.....

5. Pomoc pieniężną proszę przekazać na rachunek bankowy:

Właściciel rachunku bankowego:

.....

Numer rachunku bankowego:

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

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.

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 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.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. 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)

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

Adnotacje podmiotu realizującego świadczenie z tytułu pieczy zastępczej:

Przyznana wysokość świadczenia
.....

Chojnice, dnia
(podpis i pieczęć pracownika)

Decyzja podmiotu realizującego świadczenie z tytułu pieczy zastępczej:

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

Chojnice, dnia
(podpis i pieczęć Dyrektora PCPR)