

....., dn.

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Darłowie

WNIOSEK O POMOC

1. Imię i nazwisko.....

2. PESEL.....

3.Nr dowodu.....

4. Adres.....

5. Telefon.....

6. Proszę o przekazywanie pomocy na numer konta

| | |
|-----|--|
| TAK | |
| NIE | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Proszę o przyznanie.....
.....
.....

UZASADNIENIE

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

.....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Darłowie w celu realizacji obowiązków ustawowych.

.....
(data)

.....
(podpis)

STRUKTURA RODZINY (osoby będące na wspólnym utrzymaniu)

| L.p. | Nazwisko i imię | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Miejsce pracy, nauki | Nr ewidencyjny (pesel) |
|------|-----------------|----------------|-----------------------|----------------------|------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |

Rodzina ponosi opłaty:

- energia..... czynsz.....
- woda, ścieki..... gaz.....
- inne.....

Odrębne gospodarstwo domowe z osób wspólnie zamieszkujących prowadzą:

.....

.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Do oświadczenia załączam:

- zaświadczenie (oświadczenie) o zarobkach brutto pomniejszone o zaliczkę pobrana na podatek dochodowy, składki ZUS
- zaświadczenie (oświadczenie) z PUP o wysokości ostatnio pobranego zasiłku dla bezrobotnych , zarejestrowania z Urzędu Pracy;
- zaświadczenie (oświadczenie) z Urzędu Gminy w Darłowie o powierzchni gospodarstwa rolnego (ha przeliczeniowej);
- kserokopie ostatnich decyzji z ZUS lub KRUS o wysokości otrzymywanego świadczenia;
- decyzje o dodatku mieszkaniowym;
- decyzje przyznającą świadczenia rodzinne;
- decyzja przyznająca stypendia dla dziecka;
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia.

_____, dnia _____
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM¹

Ja _____
(imię i nazwisko)

urodzony(a) _____
(data i miejscowość)

oświadczam, że stan majątkowy mojej rodziny/mój² składa się z³:

I. Nieruchomości:

- Lokal mieszkalny:

nie posiadam posiadam (wielkość w m², tytuł prawny)

.....
.....

- Dom:

nie posiadam posiadam (wielkość w m², tytuł prawny)

.....
.....

- Place, działki:

nie posiadam posiadam (powierzchnia w m²)

.....
.....

Gospodarstwo rolne

nie posiadam posiadam (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych)

.....
.....

II. Ruchomości:

- Samochody

nie posiadam posiadam (typ, rocznik, wartość szacunkowa)

.....
.....

- Maszyny:

nie posiadam posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa)

.....
.....

- Inne:

nie posiadam posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa)

.....
.....

III. Posiadane zasoby:

- Pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp.)

nie posiadam posiadam (wartość nominalna)

.....
.....

Przedmioty wartościowe

nie posiadam posiadam (wartość szacunkowa)

.....
.....

IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

.....
.....

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek osobisty.

² Niepotrzebne skreślić.

³ Zaznaczyć właściwe lub

Oświadczenie o dochodach

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

I. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że w m-cu 20.... roku dochodem moim/mojej rodziny były należności z tytułu:

- zatrudnienia (brutto) (netto)
w tym: wysokość potrącanej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych
składki na ubezpieczenie zdrowotne
składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (finansowane przez ub.)
składki na ubezpieczenie chorobowe
- umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło (brutto) (netto)
składki na ubezpieczenie zdrowotne
składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (finansowane przez ub.)
składki na ubezpieczenie chorobowe
- pracy dorywczej.....
- świadczeń ZUS, KRUS i innych organów emerytalno-rentowych. (emerytura; renta inwalidzka; socjalna; rodzinna; świadczenie rehabilitacyjne; dodatek pielęgnacyjny; zasiłek przedemerytalny; ryczałt energetyczny; dodatek kombatancki, świadczenie uzupełniające dla osób z niepełnosprawnością 500+ i inne)
dodatku mieszkaniowego, energetycznego.....
- świadczeń rodzinnych.....
- świadczeń pielęgnacyjnych, specjalnego zasiłku opiekuńczego
- Świadczeń z Funduszu Alimentacyjnego.....
- świadczeń 500+, 300+
- zasiłku dla bezrobotnych z PUP, stypendium z PUP
- świadczenia z tytułu rodziny zastępczej
- gospodarstwa rolnego (pow. w ha przeliczeniowych.....
- stypendia szkolne, praktyki szkolne.....
- alimenty
- darowizny
- finansowanie współmałżonka lub innych osób przebywających poza granicami kraju na utrzymanie rodziny
- pomoc od członków rodziny, instytucji pozarządowych lub innych
- inne wartości materialne lub dochody nie wymienione wyżej np. (zasiłek stały, dochody z tytułu najmu mieszkań, sprzedaży usług itp.)

- działalności gospodarczej PROWADZĘ / NIE PROWADZĘ⁴

W przypadku prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej należy dostarczyć zaświadczenie naczelnika właściwego urzędu skarbowego o formie opodatkowania, a także wymagane zaświadczenia lub wypełnione oświadczenia.

- Karta Dużej Rodziny - dopłaty do opłat (śmieci, woda, ścieki)
- Stypendium - uczelnie wyższe
- Czy rodzina w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku zaciągnęła kredyt - kwota kredytu udzielona: netto (gotówkowy i bezgotówkowy np. zakup pieca)

II. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc osiągnąłem/am dochód jednorazowy w wysokości zł z tytułu

Dochód osiągnąłem/am w m-cu

III. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc osiągnąłem/am dochód jednorazowy należny za okres (jako wyrównanie) za okres od do z tytułu w wysokości Dochód osiągnąłem/am w m-cu

Art. 233. § 1 K.K. "Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8."

Art. 75. § 2 K.P.A. "Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznanie."

Art. 109. ustawy o pomocy społecznej "Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej oraz osoby, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie lub ustalił odpłatność, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń lub ponoszenia odpłatności."

.....
(podpis pracownika socjalnego przyjmującego oświadczenie)

dnia
(podpis osoby składającej oświadczenie)

⁴ niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy95/46/WE(RODO), informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Tynieckiego 2 w Darłowie,

adres e-mail: gops@gminadarlowo.pl, tel. 94 314 16 50

Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO w związku z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004

w celu **postępowania w sprawie realizacji zadań wynikających z w/w ustawy.**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji w/w celu.

Sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych w GOPS Darłowo:

- adres korespondencyjny:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Tynieckiego 2

76-150 Darłowo

- adres e-mail:

iod@gops.gminadarlowo.pl

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres: **od daty zakończenia sprawy do czasu wskazanego w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt, tj. do 10 lat.**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania i niepodlegania profilowaniu.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do **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 tylko podmiotom uprawnionym do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

.....
podpis