

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

.....

Adres:

.....

PESEL

Tel kontaktowy.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

.....

Adres:

.....

PESEL

Tel kontaktowy.....

Proszę o wystawienie zaświadczenia:

☐ o wypłaconych świadczeniach rodzinnych/świadczeniach wychowawczych/ świadczeniach z funduszu alimentacyjnego* za okres: od do

☐ o nie pobieraniu świadczeń rodzinnych od dnia

na dziecko/dzieci:

1. Imię i nazwisko dziecka: PESEL:
2. Imię i nazwisko dziecka: PESEL:
3. Imię i nazwisko dziecka: PESEL:
4. Imię i nazwisko dziecka: PESEL:
5. Imię i nazwisko dziecka: PESEL:

☐ inne:

.....

Odbiór zaświadczenia:

- ☐ Osobisty
- ☐ Proszę o wysłanie zaświadczenia listem za pośrednictwem Poczty Polskiej

Zaświadczenie jest potrzebne w celu:

- ☐ ubiegania się o świadczenie rodzinne za granicą
- ☐ przedłożenia w szkole
- ☐ przedłożenia w sądzie
- ☐ przedłożenia w gminie
- ☐ bon turystyczny
- ☐ inny cel:

Podpis:

*niepotrzebne skreślić

INFORMACJA
dla klientów Ośrodka, od których zbierane są dane, które ich dotyczą, w celu realizacji ustawowych zadań Ośrodka

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lublińcu** z siedzibą przy ul. Oświęcimskiej 30, 42 – 700 Lubliniec, adres e-mail: sekretariat@mops.lubliniec.pl, tel. + 48-34-35-62-005.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z którym można się skontaktować mailowo pod adresem: iod@mops.lubliniec.pl
3. Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe na podstawie **art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) i art. 10 RODO** w związku z *:
 - ☐ Ustawą z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (art. 23 ust.4e,4f, art.29),
 - ☐ Ustawą z dnia 7 września 2007r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (art.19 ust.2),
 - ☐ Ustawą z dnia 11 lutego 2016r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (art. 15, art.24),
 - ☐ Ustawą z dnia 4 listopada 2016r. o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (art.10),
 - ☐ Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art.66 ust.1 pkt.28a i b, art.73 pkt.10, pkt. 10 a)
 - ☐ Ustawą z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 6 ust. 2a),
 - ☐ Ustawą z dnia 4 kwietnia 2014r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekuna (art. 1,art. 2, art.9, art.23),w celu prowadzenia postępowania w sprawie realizacji zadań wynikających z w/w ustaw/y.
Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia Pana/Pani sprawy na podstawie w/w przepisów.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, jednak nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji, w oparciu o instrukcję kancelaryjną obowiązującą w Ośrodku.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych (art. 15 RODO) z zastrzeżeniem, że udostępniane dane nie mogą naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Administrator, prawo do ich sprostowania (art. 16 RODO), jak również prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania (art. 18 RODO) oraz prawo do złożenia żądania usunięcia danych (art. 17 RODO).
6. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych** jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie narusza przepisy RODO.
7. Pozyskane dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Ośrodkiem przetwarzają dane osobowe, których Administratorem jest Ośrodek.
8. Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany a dane nie będą podlegały profilowaniu (art. 22 RODO).

Zapoznałam/em się, Lubliniec.....

Data i podpis osoby informowanej

*-w zależności od rozpoznanych potrzeb/ zgłoszonych wniosków