

..... Kędzierzyn-Koźle.....
/imię i nazwisko/

ul.

.....
/adres zamieszkania/

PESEL:

nr tel.:.....

**Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Kędzierzyn-Koźle**

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy:

- pieniężnej na usamodzielnienie,
- pieniężnej na kontynuowanie nauki
- na zagospodarowanie w formie rzeczowej

Uprzejmie proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Jednocześnie informuję, że:

1. Jestem pełnoletnią wychowanką/pełnoletnim wychowankiem* :

- rodziny zastępczej spokrewnionej
- rodziny zastępczej niezawodowej
- rodziny zastępczej zawodowej
- rodzinnego domu dziecka
- placówki opiekuńczo – wychowawczej
- MOW/MOS/ZP

2. Łączny okres pobytu w pieczy zastępczej wynosi

3. Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej

.....

4. Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe*

- Tak
- Nie

Osoby, z którymi prowadzę wspólne gospodarstwo domowe /imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa/

.....

5. Uzyskaną pomoc zamierzam przeznaczyć na: *

- polepszenie warunków mieszkaniowych tj.:
-
- pokrycie wydatków związanych z nauką tj.:
-
- podniesienie kwalifikacji zawodowych
- inne

6. Obecnie uczę się w / uczęszczam na / nie uczę się*

.....

klasa semestr, którą planuję ukończyć w roku

7. Posiadam orzeczenie o znacznym/ umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*

- Tak – od dnia do dnia.....
- Nie

8. Do wniosku dołączam:

- zaświadczenie potwierdzające naukę
- nr konta bankowego, na które ma być przekazywane świadczenie
- zaświadczenia o dochodach wszystkich członków prowadzących wspólne gospodarstwo domowe
-
-

.....
/data i własnoręczny podpis osoby usamodzielnianej/

Akceptuję wniosek:

.....
/podpis opiekuna osoby usamodzielnianej/

Proszę o przekazywanie pomocy pieniężnej na konto bankowe w Banku

.....

/nawa i adres banku/

o numerze:

.....

.....

/data i własnoręczny podpis /

OŚWIADCZENIE

Oświadczam co następuje:

1. Oświadczam, że nie porzuciłem/am nauki umożliwiającej mi przygotowanie zawodowe i podjęcie zatrudnienia.
2. Oświadczam, że nie porzuciłem/am pracy i nie odmówiłem/am przyjęcia proponowanego mi zatrudnienia.
3. Oświadczam, że nie zostałem rozwiązany bez wypowiedzenia z winy pracownika stosunek pracy z osobą usamodzielnianą.
4. Oświadczam, że nie zostałem/am skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne lub przestępstwo skarbowe.
5. Zobowiązuję się do dalszej realizacji Indywidualnego Programu Usamodzielnienia.

.....

/data i własnoręczny podpis /

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie – Koźlu (47 – 200), ul. Skarbowa 4. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani / Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób:

- a) adres poczty elektronicznej: inspektor@kancelaria-odo.pl
- b) pisemnie na adres siedziby Administratora

Pani / Pana dane przetwarzane będą w związku z realizacją przez Administratora zadań publicznych, wynikających wprost z przepisów prawa, lub określonych zadaniami statutowymi jednostki, tj. dotyczących realizacji zadań związanych z i realizacją zadań wynikających z Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Odbiorcami Pani / Pana danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa oraz Powiatowe Centrum Usług Wspólnych w Kędzierzynie – Koźlu. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217), oraz Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, tj. przez okres pobierania świadczenia na kontynuowanie nauki, zagospodarowanie i usamodzielnienie oraz po zakończeniu otrzymywania świadczeń przez okres 10 lat (liczonych od ostatniej ostatecznej decyzji). Oznacza to, że dane osobowe mogą zostać usunięte po upływie określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, zależnie od kategorii archiwalnej danej sprawy. Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pani / Pan prawo do żądania od administratora: dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, przenoszenia swoich danych osobowych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani / Pana danych.

Gdy uzna Pani / Pan, iż przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. W przypadku, gdy nie poda Pani / Pan swoich danych, nie będziemy mogli zrealizować zadania ustawowego, co może skutkować brakiem możliwości realizacji celu lub konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa. Pani / Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Administrator nie zamierza przekazywać danych odbiorcom do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa w szczególności z art. 7. Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. 2017 r. poz. 697 z późn. zm.), który stanowi:

1. Podmioty i osoby realizujące zadania w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej mogą przetwarzać dane osobowe osób, do których stosuje się niniejszą ustawę, oraz członków ich rodzin w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z niniejszej ustawy.
2. Zbieranie danych, o których mowa w ust. 1, w celu realizacji zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej przez podmioty i osoby realizujące te zadania, nie powoduje po ich stronie obowiązku.

.....

/data i własnoręczny podpis /

Oświadczenie

Oświadczam, iż miejsce mojego osiedlenia znajduje się pod adresem :

.....
na terenie powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego.

.....
/data i własnoręczny podpis /

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 Ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Art. 233 § 1- 1. 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.

.....
/data i własnoręczny podpis /

ZOBOWIĄZANIE

(dla wniosku o przyznanie pomocy na kontynuację nauki)

Zobowiązuję się do przedkładania zaświadczenia potwierdzającego kontynuowanie nauki co pół roku po zakończonym semestrze. Jednocześnie jestem świadomy/a, iż w sytuacji niedostarczenia w/w zaświadczenia zostanie wszczęte postępowanie w przedmiocie uchylecia decyzji przyznającej kontynuację nauki oraz wydania decyzji orzekającej o nienależnie pobranym świadczeniu.

.....
/data i własnoręczny podpis /

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. zostałem/am poinformowany/a o możliwości otrzymania jednorazowych świadczeń : na zagospodarowanie i usamodzielnienie, zgodnie z art. 140 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, pod warunkiem, że świadczenie na usamodzielnienie nie zostało jeszcze wykorzystana w oparciu o art. 149 ust. 3 (w przypadku gdy osoba usamodzielniana otrzymuje pomoc na kontynuowanie nauki, pomoc na usamodzielnienie jest wypłacana po zakończeniu pobierania pomocy na kontynuowanie nauki. W uzasadnionych przypadkach pomoc na usamodzielnienie może zostać wypłacona w trakcie wypłacania pomocy na kontynuowanie nauki).
2. mam świadomość, że pobranie świadczenia na usamodzielnienie jest jednocześnie zakończeniem procesu usamodzielniania (z wyłączeniem przypadku pozyskania usamodzielnienia na podstawie art. 149 ust. 3, w którym zakończenie procesu usamodzielniania następuje po zakończeniu wypłacania świadczenia na kontynuowanie nauki).
3. nie będę już korzystał/a ze świadczenia na kontynuowanie nauki i zakańczam proces usamodzielniania (z wyłączeniem przypadku pozyskania usamodzielnienia na podstawie art. 149 ust. 3, w którym zakończenie procesu usamodzielniania następuje po zakończeniu wypłacania świadczenia na kontynuowanie nauki) i jednocześnie zobowiązuję się do dostarczenia oceny końcowej procesu usamodzielniania sporządzonej wraz z opiekunem procesu usamodzielniania.

.....
/data i własnoręczny podpis /

Aktualizacja indywidualnego programu usamodzielnienia z dnia

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

1. Sytuacji rodzinnej, osobistej (ilu osobowe gospodarstwo prowadzę? Czy jest mąż, żona, dzieci?)

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

2. Kontynuowanie nauki (Nazwa szkoły, kierunku, klasa, semestr. Jeśli to ostatni rok: Czy zamierzam kontynuować naukę w innej szkole?)

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

3. Sytuacji mieszkaniowej (Gdzie mieszkam –wynajem, własnościowe, spółdzielcze? Jakie są warunki mieszkaniowe?)

.....
.....

4. Zatrudnienie (Czy pracuję? Nazwa firmy i forma zatrudnienia –umowa o pracę, zlecenie, o dzieło, dorywczo)

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

5. Prawo do świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ - ubezpieczenie. (Gdzie jestem ubezpieczony? Z jakiego tytułu? Renta, praca, PUP)

.....
.....

6. Sytuacja dochodowa, uzyskiwane świadczenia (Dochód za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku, dochód męża/żony i dziecka wynagrodzenie, alimenty, świadczenia itp.)

.....
.....

7. Inne uwagi

.....
.....

Zobowiązuję się do realizacji programu usamodzielnienia.

podpis wychowanka

podpis opiekuna usamodzielnienia

.....

.....

Data

akceptuję:

.....

.....

Dyrektor PCPR