

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach
ul. Księcia Przemysława 2, 44-240 Żory
Dział Świadczeń Rodzinnych
ul. Wodzisławska 1, 44-240 Żory

**WNIOSEK DO PREZYDENTA MIASTA ŻORY O USTALENIE PRAWA DO
OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA REWALIDACYJNEGO**

Część I

**1 Dane wnioskodawcy wnioskującego o ustalenie prawa do otrzymania świadczenia
rewalidacyjnego, zwanego dalej wnioskodawcą.**

Imię	Nazwisko	
Numer PESEL	Obywatelstwo	
Miejsce i adres zamieszkania		
Numer telefonu	Adres poczty elektronicznej	

2 Wnoszę o ustalenie prawa do otrzymania świadczenia rewalidacyjnego dla:

1.	Imię	Nazwisko	
	Numer PESEL	Obywatelstwo	Data urodzenia
Miejsce i adres zamieszkania			
2.	Imię	Nazwisko	
	Numer PESEL	Obywatelstwo	Data urodzenia
Miejsce i adres zamieszkania			

Część II

1. Oświadczam że zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczenia rewalidacyjnego dla dzieci do 36 miesiąca życia z orzeczeniem o niepełnosprawności jako świadczenia na rzecz rodziny mającego na celu wspieranie rodzin, zamieszkających w Żorach wraz z dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności, w wieku do 36 miesiąca życia, u którego rozpoznano ciężką niepełnosprawność intelektualną albo ciężką nieuleczalną chorobę, zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju, podczas porodu lub zdiagnozowane do ukończenia 3 roku życia, potwierdzone przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku i wszystkich załącznikach do niego oraz innych dokumentach składanych w toku postępowania przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach.

3. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

4. Proszę o wpłatę świadczenia rewalidacyjnego na następujący nr rachunku bankowego:

[illegible]

(nazwa banku)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności dziecka.
- 2) kserokopię zaświadczenia wystawionego przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, potwierdzającą ciężką niepełnosprawność intelektualną albo ciężką nieuleczalną chorobę, zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju, podczas porodu lub zdiagnozowane do ukończenia 36 miesiąca życia.
- 3) oświadczenie o miejscu zamieszkania.

Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(miejscowość, data i podpis wnioskodawcy)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Żory,

OŚWIADCZENIE

o miejscu zamieszkania osoby wnioskującej o ustalenie prawa do otrzymania świadczenia rewalidacyjnego dla dzieci do 36 miesiąca życia z orzeczeniem o niepełnosprawności

Oświadczam, że moim miejscem zamieszkania oraz miejscem zamieszkania dziecka/dzieci, na które jest składany wniosek jest:

.....
(miejsce zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis wnioskodawcy)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY PRZY ZBIERANIU DANYCH BEZPOŚREDNIO OD OSOBY

Stosując się do rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, iż przysługują Pani/Panu niżej określone prawa.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach z siedzibą przy ul. Księcia Przemysława 2;
- 2) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iodo@mops.zory.pl;
- 3) Dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) czyli: do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b) RODO czyli: do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w celu realizacji zadań wynikających z przepisów szczegółowych ustaw w zakresie przyznania określonych świadczeń oraz w celu archiwalnym zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych. Dane konieczne do rozpatrzenia sprawy są zbierane i wykorzystywane przez Ośrodek dla prowadzonych postępowań administracyjnych, zmierzających do wydania rozstrzygnięć – w tym decyzji administracyjnych - w celu przyznania świadczeń, o które Państwo się ubiegają.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i podmioty upoważnione na podstawie stosownych umów;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu zakończenia umowy oraz na podstawie określonych przepisów prawa, zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody) bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych.
- 9) Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy/przyznania świadczeń.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.
- 11) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane ręcznie oraz automatycznie.

.....
(podpis)