***Załącznik Nr 9 do Zasad***

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………  (imię i nazwisko)  ………………………………………  (adres zamieszkania)  ………………………………………  ………………………………………  (nr telefonu, e-mail) | Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  Aleja Wyzwolenia 20-24  58-300 Wałbrzych |
| **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, to jest nr telefonu, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu, w celu kontaktowania się ze mną  w sprawach związanych z ustaleniem prawa do otrzymania świadczenia.**  **Podanie numeru telefonu jest dobrowolne.**  Tel. ………………………………… |  |

**Wniosek o przyznanie środków finansowych na utrzymanie lokalu mieszkalnego w budynku wielorodzinnym lub domu jednorodzinnego**

**Ja niżej podpisany/a** ......................................................................................, numer PESEL ............................................., legitymujący/a się dowodem osobistym   
(seria i nr dowodu) ....................................................................,

zamieszkały/a ................................................................................ ..................................

**oświadczam**, że w kwartale poprzedzającym złożenie wniosku tj. w kwartale …….……….... 20…. roku łączny dochód w naszej rodzinie wyniósł:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Źródło dochodu | Kwota netto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Świadczenia na dzieci przebywające w pieczy zastępczej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Czas pobytu dziecka w rodzinie w danym okresie (data od / do) | Kwota świadczenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Za dochód uznaje się

1. Wynagrodzenie za pełnienie funkcji zawodowej rodziny zastępczej/RDD
2. Wynagrodzenie osoby do pomocy rodziny zastępczej
3. dochód z  pracy dorywczej
4. Wynagrodzenie za praktykę
5. Inne świadczenie z ZUS/KRUS
6. Zasiłek z PUP
7. Zasiłki rodzinne
8. Dodatki do zasiłków rodzinnych
9. Zasiłek pielęgnacyjny
10. Świadczenie pielęgnacyjne
11. Specjalny zasiłek opiekuńczy
12. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego
13. Alimenty
14. Dodatek mieszkaniowy
15. Dodatek energetyczny
16. Gospodarstwo rolne
17. Inne źródła dochodu

**Łączny dochód wyniósł ……………………………………………………….. zł**

**Zwracam się o przyznanie środków finansowych na utrzymanie lokalu mieszkalnego w budynku wielorodzinnym / domu jednorodzinnym** za kwartał ………. …………..... roku.

Oświadczam, że mam prawo do zajmowania lokalu mieszkalnego/domu jednorodzinnego w którym zamieszkuje i pełnie funkcje rodziny zastępczej zawodowej, wynikające z (umowa najmu, akt notarialny, wyrok sądu, itp.):………………….….……………………………………………………………………………., znajdującego się pod adresem: ……………………………… …………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty poniesione na utrzymanie w/w lokalu mieszkalnego/ domu jednorodzinnego\* w poszczególnych miesiącach wynosiły:** | | | | |
| **Lp.** |  | **Miesiąc**  **……….………** | **Miesiąc**  **……….………** | **Miesiąc**  **……….………** |
| **1.** | **Czynsz / najem** |  |  |  |
| **2.** | **Opłata za energię elektryczną** |  |  |  |
| **3.** | **Opłata za energię cieplną** |  |  |  |
| **4.** | **Opał** |  |  |  |
| **5.** | **Woda** |  |  |  |
| **6.** | **Gaz** |  |  |  |
| **7.** | **Odbiór nieczystości stałych** |  |  |  |
| **8.** | **Odbiór nieczystości płynnych** |  |  |  |
| **9.** | **Dźwig osobowy** |  |  |  |
| **10.** | **Antena zbiorcza** |  |  |  |
| **11.** | **Jeden abonament telewizyjny i radiowy** |  |  |  |
| **12.** | **Usługi telekomunikacyjne obejmujące**  **jeden telefon i jeden dostęp do Internetu** |  |  |  |
| **13.** | **Koszty eksploatacji** |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |

Inne koszty związane z lokalem:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Środki finansowe proszę wypłacić na konto bankowe nr:

………………………………………………………………………………………………

Konto należy do ………………………………………………………………………….

Do wniosku dołączam zestawienie kosztów poniesionych na utrzymania lokalu mieszkalnego / domu jednorodzinnego wraz z dokumentacją poniesionych kosztów jego utrzymania.

……………………………… ………….……………………………………

(data)   (podpis)

***Wypełnia PCPR***

**Analiza kondycji finansowej rodziny zastępczej**

…………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączny dochód**  **rodziny zastępczej** | **zł** |
| Liczba osób |  |
| Średni dochód na członka rodziny zastępczej | zł |

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączne wydatki rodziny zastępczej na utrzymanie lokalu/domu** | **zł** |
| Liczba osób |  |
| Średnie wydatki na członka rodziny w związku z utrzymaniem lokalu | zł |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwota pozostała do dyspozycji po opłaceniu kosztów utrzymania lokalu** | zł |

**Stopień obciążenia wydatkami na lokal mieszkalny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dochody | zł | 100 % |
| Wydatki na lokal | zł | % |
| Kwota pozostała do dyspozycji po opłaceniu kosztów utrzymania lokalu | zł | % |

Ocena kondycji finansowej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………… ………….……………………………………

(data)   (podpis) pracownika ZOŚ

**Opinia organizatora rodzinnej pieczy zastępczej**

Ocena zasadności przyznania środków w wysokości wskazanej we wniosku

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..

……………………………… ………….……………………………………

(data)   (podpis)

**Klauzula Informacyjna**

Zgodnie z art. 13 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 (RODO)

**informujemy, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu, Al. Wyzwolenia 24, 58 – 300 Wałbrzych.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu ustalenia uprawnienia do **dofinansowania do wypoczynku poza miejscem zamieszkania dziecka** – art. 83 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
3. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze: art. 7 i art. 193 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Dane osobowe przetwarzane są również na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO – przetwarzanie na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora przez cały okres pobytu dziecka w pieczy zastępczej, a po ustaniu pieczy będą przechowywane w archiwum Administratora przez okres 10 lat.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana osoby, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa;
8. Podanie danych jest dobrowolne, jednak nie podanie danych będzie skutkowało nieprzyznaniem świadczenia z powodu braku możliwości przeprowadzenia postępowania administracyjnego.
9. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:

Adres e-mail: iod@pcpr.walbrzych.pl

Nr telefonu: 698 054 582

Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych