

WNIOSEK

o przyznanie zasiłku celowego w ramach „Gminnego programu ośłonowego, pozwalającego na obniżenie zobowiązań związanych z kosztami mieszkaniowymi na lata 2025-2028” Dane

wnioskodawcy:

..... Imię	 Nazwisko	□□□□□□□□□□□□ PESEL
..... Miejscowość kod pocztowy □□_□□□		 Ulica i nr lokalu
+48 nr telefonu *	@..... e- mail *:	

Wnoszę o: przyznanie zasiłku celowego na pokrycie kosztów mieszkaniowych związanych z uregulowaniem opłat za:

- ☐ czynsz, wodę, odbiór
- ☐ odpadów komunalnych,
- ☐ odbiór nieczystości płynnych,
- ☐ ubezpieczenie, podatki,

Nazwa podmiotu i nr konta bankowego, na który wnioskodawca jest zobowiązany wpłacić należność za wskazane wyżej koszty mieszkaniowe

Nazwa Podmiotu:

Nr konta: □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□
□□□□

Liczba osób w rodzinie spełniających kryteria:

- ☐ ukończony 60 rok życia _____ całkowita niezdolność do pracy w
- ☐ rozumieniu art.6 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej

w przypadku osób powyżej 16 roku życia, legitymowanie się orzeczeniem o niepełnosprawności w przypadku osób poniżej 16 roku życia lub niezdolność do samodzielnej egzystencji _____

*- jeśli posiada

Wysokość dochodu na osobę w rodzinie z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku wynosi:

- ☐ Poniżej 350% kryterium dochodowego określonego w art. 8 ustawy o pomocy społecznej
- ☐ Poniżej 550% kryterium dochodowego określonego w art. 8 ustawy o pomocy społecznej

Oświadczam, że : posiadam aktywną Kartę Mieszkańca

- ☐ Gminy Michałowice
- ☐ Nie korzystam ze zwolnienia wynikającego z Uchwały Rady Gminy podjętej na podstawie art. 6k ust.4 (tj. z tytułu spełnienia kryterium socjalnego lub na podstawie Karty Dużej Rodziny) w części dotyczącej osób na które składany jest wniosek o dopłaty
- ☐ informacje zawarte we wniosku oraz jego załącznikach są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym; znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 233§ 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny

Prawdziwość danych zawartych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
Data i podpis składającego wniosek

Przyjmuję do wiadomości, iż:

- ☐ administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice adres Reguły, Aleja Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice (budynek Urzędu Gminy Michałowice) 1 05-816 Michałowice tel. (22) 350-91-20; fax (22) 350-91-21 e-mail: gops@michalowice.pl administrator danych wyznaczył inspektora
- ☐ ochrony danych, adres do korespondencji
email: iodo.gops@michalowice.pl
- ☐ zebrane dane osobowe będą przetwarzane przez administratora danych w celu realizacji zadań wynikających z realizacji „**Gminnego programu ośłonowego, pozwalającego na obniżenie zobowiązań związanych z kosztami mieszkaniowymi na lata 2025 – 2028**”
- ☐ dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w celu przyznania dopłaty na podstawie w/w programu;
- ☐ zebrane dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom publicznym uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w związku z wykonywaniem powierzonego im zadania w drodze zawartej umowy, np. dostawcom wsparcia informatycznego;

- ☐ dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa zgodnie z obowiązującą Instrukcją Kancelaryjną;
- ☐ dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, na podstawie art. 15
- ☐ RODO ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych; na podstawie art. 16 RODO
- ☐ ma Pan/i prawo do sprostowania danych osobowych; w przypadku naruszenia przepisów
- ☐ RODO ma Pan/i prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Do wniosku załączam:

- ☐ dokumenty potwierdzające sytuację dochodową z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku
- ☐ dokument potwierdzający całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji a w przypadku dzieci do 16 roku życia potwierdzający niepełnosprawność w przypadku gdy wnioskodawca lub członek rodziny jest osobą z niepełnosprawnością.

.....
Data i podpis składającego wniosek