

FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRYZNANIA POMOCY
ФОРМУЛЯР КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ НА НАДАННЯ ДОПОМОГИ

na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa
на підставі ст. 29 пкт. 2 Закону про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави

Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kietrze

ul. Wojska Polskiego 21, 48-130 Kietrz

I. OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O PRYZNANIE POMOCY
ЗАЯВА ОСОБИ ЩО ЗВЕРТАЄТЬСЯ ПРО НАДАННЯ ДОПОМОГИ

1.	(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie/im'я і прізвище особи що звертається про допомогу)
2.	(Obywatelstwo/ Громадянство)
3.	(Data wjazdu na terytorium RP/Дата в'їзду на територію Республіки Польща)
4.	(Dokument stanowiący podstawę przekroczenia granicy – rodzaj, seria, numer/(Документ, що є підставою для перетину кордону - тип, серія, номер)
5.	(Adres pobytu, dane kontaktowe: nr tel., adres e-mail / Адреса проживання, контактні дані: номер телефону, адреса електронної пошти)

6. Skład rodziny wymagającej wsparcia / Склад родини яка потребує допомоги:

Lp № п/п.	Imię i nazwisko Ім'я та прізвище	Data urodzenia/Дата народження			Płeć/ Стать	PESEL/ПЕСЕЛЬ	Stopień pokrewień- stwa/stupień спорідненості	Sytuacja zdrowotna/ Стан здоров'я	Źródło dochodu/Джерело доходу	
		Dzień /день	mies./ міс.	Rok/рік					Rodzaj/тип	Wysokość/ розмір
1.					M / K	Osoba składająca oświadczenie/Osoba, що подає заяву				
2.										
3.										
4.										
5.										

7. Sytuacja osobista/ Особиста ситуація:

<input type="checkbox"/> 1) ubóstwo/malozabezpieceniść osoby; <input type="checkbox"/> 2) sieroctwo/siritstwo <input type="checkbox"/> 3) bezdomność/bezdomність <input type="checkbox"/> 4) bezrobocie/bezrobіття <input type="checkbox"/> 5) niepełnosprawność/inwalidність <input type="checkbox"/> 6) długotrwała lub ciężka choroba/ тривала або важка хвороба <input type="checkbox"/> 7) przemoc w rodzinie/ домашнє насильство <input type="checkbox"/> 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności/ потреба захистити материнство або багатодітність	<input type="checkbox"/> 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego/ беспорядність у справах догляду та виховання та ведення домашнього господарства : <input type="checkbox"/> a) rodzina niepełna/неповна родина <input type="checkbox"/> b) rodzina wielodzietna/багатодітна родина <input type="checkbox"/> 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą/ труднощі в інтеграції людей, яким надано статус біженця або додатковий захист <input type="checkbox"/> 13) alkoholizm lub narkomania/алкоголізм або наркоманія <input type="checkbox"/> 14) sytuacja kryzysowa/кризова ситуація <input type="checkbox"/> 16) inna – wskazać jaka/ інша-подати яка:
---	--

8. Sytuacja majątkowa (nieruchomości, pojazdy, oszczędności)/ Майновий стан (нерухомість, транспортні засоби, заощадження)::

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

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie / підпис особи яка подає заяву)

II. ZAKRES POMOCY NA RZECZ OSOBY/RODZINY¹/ОБСЯГ ДОПОМОГИ ДЛЯ ОСОБИ / СІМ'Ї
(rodzaj, okres świadczenia, wysokość/ вид, час допомоги, сума)

świadczenia pieniężne/ грошова допомога
świadczenia niepieniężne/ допомога у негрошовій формі

¹ Wypełnia ośrodek pomocy społecznej/centrum usług społecznych/ Заповнюється центром соціального забезпечення/центром соціальних служб

FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRYZNANIA POMOCY
ФОРМУЛЯР КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ НА НАДАННЯ ДОПОМОГИ

świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych/негрошова допомога у вигляді послуг з догляду

inne formy wsparcia/ інші форми підтримки

(miejsowość i data/ місце і дата)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego/(підпис
та печатка працівника надавача соціальних
послуг)

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej/ Рішення керівника центру
надавача соціальних послуг/:

(miejsowość i data/ місце і дата)

(podpis i pieczęć kierownika/ підпис та печатка
керівника)

PRZEPROWADZENIE KWALIFIKACJI DO PRYZNANIA POMOCY

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wynikające z obowiązku informacyjnego 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kietrze, ul. Wojska Polskiego 21, 48-130 Kietrz, REGON: 004502187. Czynności i zadania wynikające z przepisów prawa w imieniu administratora dokonuje Kierownik. Z administratorem można skontaktować się pisemnie - kierując korespondencją na adres siedziby administratora.
2. DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH: Pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych, a także przysługujących uprawnień, może Pani/Pan kierować do Inspektora Ochrony Danych pisemnie na ADRES SIEDZIBY Administratora, jak również pod numerem telefonu: 887818800 lub poprzez e-mail: biuro@centrumcyfryzacji.pl
3. CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA: Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia kwalifikacji do przyznania pomocy wynikających z przepisów ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, tj.: w celu realizacji procesu przyjmowania i rozpatrywania wniosków.
4. ODBIORCY DANYCH: Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie do celu przeprowadzenia kwalifikacji do przyznania pomocy, podmiotom z którymi Administrator zawarł umowę świadczenia usług serwisowych dla użytkowanych w Urzędzie systemów informatycznych, organy uprawnione do przeprowadzenia kontroli, inne podmioty upoważnione, którym dane osobowe mogą być ujawnione na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Rozporządzeniu 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 oraz innych przepisów prawa oraz wewnętrznych regulaminów.
6. PRAWA PODMIOTÓW DANYCH: Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia (jeśli zachodzi jedna z okoliczności wskazanych w art. 17 ust. 1 RODO i jeżeli przetwarzanie danych osobowych nie jest niezbędne w zakresie wskazanym w art. 17 ust. 3 RODO), ograniczenia przetwarzania (w przypadkach wskazanych w art. 18 ust. 1 RODO), prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wszystkie wymienione prawa wymagają pisemnej formy.
7. PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO: Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon: 22 531 03 00.
8. INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH: Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawodawczym.
9. PRZEKAZANIE DANYCH OSOBOWYCH DO PAŃSTWA TRZECIEGO LUB ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWEJ: Dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.
10. INFORMACJE O ZAUTOMATYZOWANYM PODEJMOWANIU DECYZJI, W TYM O PROFILOWANIU: W trakcie przetwarzania danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji w indywidualnych sprawach ani do profilowania osób, których dane są przetwarzane.