.......................................................... Lwówek Śląski, dnia……………………………....

imię i nazwisko wnioskodawcy

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

adres zamieszkania: ulica, nr domu, nr lokalu

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

kod pocztowy, miejscowość

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

telefon kontaktowy

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

e-mail **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**ul. Szpitalna 4**

**59-600 Lwówek Śląski**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY NA KONTYNUOWANIE NAUKI**

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki.

1. \*Obecnie uczęszczam do:.…………………………………………………….........................

(nazwa szkoły)

klasa/rok szkolny/akademicki\* ……………………………………………………………………….

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

2.\*Obecnie uczęszczam na kurs………. .…………………………………….....................................

(nazwa kursu)

Kurs ten realizuję w ..…………………………………………………..…………………...................

(nazwa instytucji szkolącej)

3.\*Obecnie kontynuuję naukę u pracodawcy…………………….......................................................

(nazwa pracodawcy)

w celu przygotowania zawodowego.

Proszę o przekazywanie świadczenia na konto bankowe będące własnością ………………………………… o numerze ……………………………………………………

Oświadczam, że jestem pełnoletnim/nią wychowankiem/ką rodziny zastępczej spokrewnionej/rodziny zastępczej niezawodowej/rodziny zastępczej zawodowej/ rodzinnego domu dziecka/ placówki opiekuńczo-wychowawczej/regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej \*(proszę zaznaczyć odpowiednią formę pieczy i podać nazwę rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka lub placówki) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Umieszczenie w rodzinie zastępczej spokrewnionej/rodzinie zastępczej niezawodowej/rodzinie zastępczej zawodowej/rodzinnym domu dziecka/placówce opiekuńczo-wychowawczej/ regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej \*(proszę zaznaczyć odpowiednią formę pieczy) nastąpiło na podstawie: Postanowienia Sądu Rejonowego:

w…………………………………… Sygn akt ……..……………….z dnia ………………….

w…………………………………… Sygn akt ……..……………….z dnia ………………….

w…………………………………… Sygn akt ……..……………….z dnia ………………….

Łączny okres pobytu w pieczy zastępczej wyniósł:

|  |
| --- |
|  |

**co najmniej 3 lata**- opuszczając rodzinę zastępczą spokrewnioną

|  |
| --- |
|  |

**co najmniej rok-** opuszczając rodzinę zastępczą niezawodową, zawodową, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub regionalną placówkę opiekuńczo-terapeutyczną \*(proszę zaznaczyć odpowiednią opcję)

Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w pierwszej formie pieczy zastępczej, tj: rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka/placówce opiekuńczo-wychowawczej/ regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej \*(proszę zaznaczyć odpowiednią formę pieczy)

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

(dokładny adres zamieszkania z nazwą powiatu)

Miejsce osiedlenia po opuszczeniu rodziny zastępczej/rodzinnego domu dziecka/placówki opiekuńczo-wychowawczej/ regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej \*(proszę zaznaczyć odpowiednią formę pieczy )

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

(dokładny adres zamieszkania z nazwą powiatu)

Do wniosku dołączam aktualną informację potwierdzającą kontynuowanie nauki.

Zostałam/em poinformowana/y, że podstawą wypłaty świadczenia dla usamodzielnianego wychowanka pieczy zastępczej jest dostarczenie na początku każdego semestru oryginału zaświadczenia potwierdzającego kontynuowanie nauki w terminie:

▪ do 5 września (studenci do 5 października) za I semestr;

▪ do 5 lutego (studenci do 5 marca) za II semestr;

▪ do 30 czerwca świadectwo szkolne

Niedostarczenie aktualnego zaświadczenia w ww. terminie może spowodować wstrzymanie wypłaty środków finansowych oraz wszczęcie postępowania administracyjnego zmierzającego do uchylenia decyzji, na podstawie której przyznana została pomoc na kontynuowanie nauki.

.…………………………………..

czytelny podpis wnioskodawcy

**Zgodnie z obowiązującymi przepisami zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim o każdej zmianie sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do pomocy na kontynuowanie nauki, czyli np. o zmianie sytuacji szkolnej.**

…………………………………..

czytelny podpis wnioskodawcy

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich dodatkowych danych osobowych, takich jak nr telefonu i/lub e-mail przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląski w celu ułatwienia lub przyśpieszenia kontaktu .

…………………………………

czytelny podpis wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zgodnie z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego zostałem/łam zapoznany/na ze zgromadzonym materiałem dowodowym w sprawie ww. wniosku złożonego w tutejszym Centrum dotyczącym ubiegania się o przyznanie mi pomocy na kontynuowanie nauki.

|  |
| --- |
|  |

Nie wnoszę do sprawy nic nowego i wyrażam zgodę na wydanie decyzji administracyjnej w niniejszej sprawie.

|  |
| --- |
|  |

Wnoszę do sprawy następujące uwagi:

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

…………………………………………………...

(data i podpis Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/y:.............................................................. ur. ..............................w ...........................................

adres zamieszkania:..................................................................................................................................................

PESEL: ...................................................................................................................................................................

Oświadczam, że nie byłam/łem skazana/ny prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.

…………………………………..

czytelny podpis wnioskodawcy

**Jednocześnie OŚWIADCZAM, że:**

1. Zostałam/łem poinformowana/ny, że zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego mogę brać czynny udział w każdym stadium postępowania administracyjnego, a przed wydaniem decyzji wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

2. Zostałam/em poinformowana/ny o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444) „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”.

3. Zostałam/em poinformowana/ny o konieczności zgłaszania każdorazowo zmiany danych adresowych oraz aktualnego numeru telefonu. Zgodnie z art. 41 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego „W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego” oraz art. 41 § 2 k.p.a. oraz „W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny”.

…………………………………

czytelny podpis wnioskodawcy

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) (Dz. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim.

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, reprezentowane przez Kierownika PCPR. Z Administratorem można się kontaktować pocztą na adres: ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski lub elektroniczne, e-mail: [pcpr@powiatlwowecki.pl](mailto:pcpr@powiatlwowecki.pl)

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem: Magdalena Strzelecka, tel. 75 782 56 17, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych” lub elektronicznie e-mail: [rodo@pcpr2.powiatlwowecki.pl](mailto:rodo@pcpr2.powiatlwowecki.pl)

3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane zgodnie z art. 6 ust 1. lit. c RODO przez Administratora w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, na podstawie z dnia ustawa  *z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*.

4. Dane osobowe są przetwarzane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przechowywane zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

5. Odbiorcami przetwarzania danych osobowych w celach, o których mowa pkt 3, mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania działające podstawie przepisów prawa lub inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim.

6. Decyzja o przetwarzaniu danych osobowych nie jest podejmowana w sposób zautomatyzowany, dane nie podlegają profilowaniu.

7. Klientom Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych przysługuje prawo do: dostępu do danych osobowych, żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

8. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim mają prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa gdy uznają, iż przetwarzanie dotyczących ich danych osobowych narusza przepisy RODO.

9. Podanie danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.

10. Szczegółowe informacje o celu przetwarzania danych osobowych, podstawie prawnej, odbiorcach i okresie przechowywania udziela pracownik merytoryczny lub Inspektor Ochrony Danych Osobowych.

Zapoznałam/em się z treścią klauzuli

…………………………………

czytelny podpis wnioskodawcy