|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do zarządzenia nr115/2021z dnia 28 czerwca 2021 |

**WNIOSEK**

**o przyznanie zasiłku celowego w ramach „Gminnego programu osłonowego, pozwalającego na obniżenie zobowiązań związanych z kosztami mieszkaniowymi na lata 2021-2024”**

**Dane wnioskodawcy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………….Imię | ……………………………………………….Nazwisko | €€€€€€€€€€€PESEL |
| ………………………………………………………………………………Miejscowośćkod 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,
* energię elektryczną,
* gaz,
* wodę,
* odbiór odpadów komunalnych,
* odbiór nieczystości płynnych,
* ubezpieczenie,
* podatki,
* Inne, wskaż………………………………………………………………………………………………

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Poniżej 300% kryterium dochodowego określonego w art. 8 ustawy o pomocy społecznej
* Poniżej 500% kryterium dochodowego określonego w art. 8 ustawy o pomocy społecznej

**Oświadczam, że :**

* posiadam Kartę Mieszkańca Gminy Michałowice
* 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 e-mail: iodo.gops@michalowice.pl
* zebrane dane osobowe będą przetwarzane przez administratora danych w celu realizacji zadań wynikających z realizacji **„Gminnego programu osłonowego, pozwalającego na obniżenie zobowiązań związanych z kosztami mieszkaniowymi na lata 2021 – 2024”**
* 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