

**WNIOSEK**

**o przyznanie zasiłku celowego w ramach „Gminnego programu ostonowego, 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](mailto:gops@michalowice.pl) administrator danych wyznaczył inspektora
- ochrony danych, adres do korespondencji  
email: [iodo.gops@michalowice.pl](mailto:iodo.gops@michalowice.pl)
- zebrane dane osobowe będą przetwarzane przez administratora danych w celu realizacji zadań wynikających z realizacji „**Gminnego programu ostonowego, 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