Załącznik Nr 1

do Zarządzenia NR 11/2023

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

(imię i nazwisko)

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

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

(adres zamieszkania, nr telefonu, forma rodziny zastępczej)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**95-200 Pabianice, ul. Traugutta 6a**

WNIOSEK   
o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki

1. Opis zdarzenia: …………………………………………………………………………….……….......................

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

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

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

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

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

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

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

1. Ograniczenia w funkcjonowaniu podmiotu rodzinnej pieczy zastępczej, w związku z zaistniałym zdarzeniem: …………………………………………………………………………….……….......

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

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

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

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

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

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

| **Lp.** | **Wykaz potrzeb w związku z zaistniałym zdarzeniem** | **Prognozowane koszty w zł.** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Przewidywany czas ustąpienia skutków zdarzenia: …………………………………….................

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

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

data podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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) – zwane dalej RODO

informuję, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach. ul. Traugutta 6a, 95-200 Pabianice, reprezentowane przez Dyrektora, adres e-mail: sekretariat@pcpr-pabianice.pl

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach, Panem Sylwestrem Krawczykiem jest możliwy pod adresem e-mail: iod@pcpr-pabianice.pl

3) Dane osobowe Pani/Pana będą przetwarzane w celu realizacji zadań z zakresu pieczy zastępczej, na podstawie na podstawie art. 6 ust 1 lit a RODO, art. 9 ust. 2 lit. g oraz art. 6 ust 1 lit. c RODO w związku z realizacją art. 182 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz art. 10 RODO uchylonego przez art. 30 ust. 1, 42 ust. 2 oraz art. 152 pkt 6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty realizujące zadania publiczne oraz bank.

5) Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, zgodnie z przyjętym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt przez okres 2 lat od zakończenia sprawy, natomiast w odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie zgody – do momentu jej cofnięcia.

6) Posiada Pani/Pan prawo:

a) w przypadku wyrażonej zgody, do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych Pani/Pana, prawo do ich sprostowania, usunięcia, przeniesienia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

b) w przypadku danych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa, do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych Pani/Pana, prawo do ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia przetwarzania.

7) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych, ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.

8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa wskazane wyżej. Niepodanie danych będzie skutkować niemożnością realizacji zadań wskazanych w o ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. W zakresie danych kontaktowych, tj. numer telefonu – podanie danych jest dobrowolne.