Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych - RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. U. UE. L.z 2016 r. Nr 119, str. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej (dalej: Ośrodek) z siedzibą Kąkolewnicy ul. Lubelska 5, 21-302 Kąkolewnica, tel. (83) 37 22 621, adres e-mail. gops@kakolewnica.lublin.pl

2. Dane będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych Ośrodka na podstawie poniższych przepisów prawa:

- 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1),
- ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2018, poz. 1508 ze zm.),
- ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1832 ze zm.),
- ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2220 ze zm..),
- ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 670 ze zm.),
- ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2134 ze zm..),
- ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz.U. 2016 r. poz. 1860 ze zm.),
- ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1111),
- ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1390 ze zm.).
- ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018.r. poz. 996)

3. Dane osobowe mogą być udostępniane w celu prawidłowej realizacji zadań, a odbiorcą Państwa danych osobowych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.

4. Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną przez okres wskazany w Jednolitym rzeczowym wykazie akt Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kąkolewnicy licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona ostatnia zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w związku z prowadzonym postępowaniem.

5. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych, otrzymania ich kopii oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

8. Podanie danych jest dobrowolne, ale jest niezbędne do realizacji zadań statutowych Ośrodka. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja świadczeń określonych w ustawach.

.....
(data, podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

Należy zaznaczyć tylko jedną formę przekazywania świadczeń !!!

(niezależnie od rodzaju, świadczenia mogą być przekazywane za pomocą tylko jednej formy płatności)

Imię i nazwisko .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

Adres .....

☐ **Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy:**

.....
(nazwa banku, oddział)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(numer rachunku - 26 cyfr)

Oświadczam, że jestem właścicielem / współwłaścicielem / osobą upoważnioną*) do w/w konta bankowego

*) niepotrzebne skreślić

☐ **Odbiorę w punkcie kasowym / placówce banku:**

.....
(nazwa i adres punktu kasowego / placówki banku)

.....
(data podpis osoby ubiegającej się)

Osoba ubiegająca się o wypłatę świadczenia zobowiązana jest do informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na formę i sposób wypłaty świadczenia (np. zmiana numeru konta, adresu zamieszkania).

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 OPS SR 025