

Suwałki, dnia

.....
(imię i nazwisko rodziny zastępczej / osoby prowadzącej RDD)

Ul.

16- 400 SUWAŁKI

Tel.

**Miejski Ośrodek
Pomocy Rodzinie
w Suwałkach**

Zwracam się z prośbą o przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania dziecka.....
legitymującej/go się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności umieszczonej/go w rodzinie zastępczej/ rodzinnym domu dziecka.

.....
(podpis rodziny zastępczej/osoby prowadzącej RDD)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (Dz. Urz. L. 119/1, 4/5/2016) w związku z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.) oraz K.p.a. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Suwałkach przy ul. Filipowska 20** tel.: **87/562 8970**, adres e-mail: biuro@mopr.suwalki.pl;
2. Administrator wyznaczył **inspektora ochrony danych osobowych**, z którym można skontaktować się w następujący sposób nr tel. **87/562-89-70** oraz e-mail iod@mopr.suwalki.pl
3. Cel przetwarzania danych: **przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej.**
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w formie papierowej i elektronicznej w MOPR w Suwałkach oraz mogą być weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych.
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) instytucje świadczące usługi pocztowe;
 - b) banki i operatorzy płatności;
 - c) inne organy administracji publicznej, w ramach realizacji swoich zadań, które zwrócą się do nas o przekazanie Pani/Pana danych osobowych, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa;
 - d) organy publiczne, które mogą otrzymywać Pana/i dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub państwa członkowskiego, nie są uznane za odbiorców.
6. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest:
 - a) art. 6 ust.1 lit. c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją świadczeń;
 - b) art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą;
 - c) art. 7, art. 81 ust. 1 oraz art. 190a ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej:
 - a) akta osób korzystających ze świadczeń i wsparcia pieczy zastępczej – 10 lat;
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem uzyskania świadczeń zgodnie ze złożonym wnioskiem. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa przyznania świadczeń.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis rodziny zastępczej/osoby prowadzącej RDD)