

_____, dnia _____

(imię i nazwisko)_____
(adres zamieszkania)_____
(PESEL)_____
(seria i nr dowodu osobistego, wydany przez)_____
(nr telefonu)Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Stargardzie

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY NA USAMODZIELNIENIE

Proszę o przyznanie mi pomocy na usamodzielnienie, o której mowa w art. 149 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Proszę o przekazywanie przyznanej pomocy na usamodzielnienie na konto bankowe
.....należące do

.....
(miejscowość, data).....
(czytelny podpis wnioskodawcy)**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Miejsce mojego zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej to:

.....
(podać dokładny adres)

2. W dniu ukończyłam/em.....
(podać nazwę szkoły)

Obecnie nie kontynuuję nauki*/jestem uczniem*.....

3. Uzyskaną pomoc na usamodzielnienie zamierzam przeznaczyć zgodnie z ustaleniami Indywidualnego Programu Usamodzielnienia oraz dokumentu – uzgodnienia dotyczące przeznaczenia pomocy na usamodzielnienie.

3. Nie byłam/łem skazana/ny / byłam/łem skazana/ny* prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.

Wypełnić w przypadku skazania

Wyrok Sądu w z dnia sygn. akt.....

(miejscowość, data)_____
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. Uzgodnienia dotyczące przeznaczenia pomocy na zagospodarowanie.

OŚWIADCZENIA

Jednocześnie oświadczam, że:

Zapoznałam/em się z procedurami przyznawania dla osób usamodzielnianych pomocy na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie oraz zagospodarowanie i je akceptuję, a w szczególności zobowiązuję się do wykorzystania przyznanego świadczenia zgodnie z przeznaczeniem, pod rygorem zwrotu środków, jak za świadczenia nienależnie pobrane oraz zostałam/am poinformowany/a, że:

1) Administratorem przekazanych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard;

2) Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych – Joannę Marczewską, z którym można kontaktować się e-mailowo: ido.stargard@gmail.com;

3) Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub z ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);

4) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawie wskazanej w pkt 3;

5) Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;

6) Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;

7) Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

8) Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

9) Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego mogę brać czynny udział w każdym stadium postępowania administracyjnego, a przed wydaniem decyzji wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

(miejscowość, data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

(miejscowość, data)

(podpis przyjmującego oświadczenia)

Adnotacja podmiotu realizującego pomoc na usamodzielnienie

Osoba usamodzielniana posiada / nie posiada zatwierdzony indywidualny program usamodzielnienia, wraz z elementami, o których mowa w art. 145 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, nie ukończyła 26 roku/ ukończyła 26 rok życia*, nie otrzymuje/ otrzymuje pomoc na kontynuowanie nauki*.

Zebrana w toku postępowania dokumentacja uprawnia wnioskodawcę do otrzymania pomocy na zagospodarowanie:

jednorazowo w wysokości

w ratach w następujący sposób

Stargard, dnia.....

.....
podpis i pieczęć pracownika ds usamodzielnień

*niepotrzebne skreślić

_____, dnia _____

UZGODNIENIA
DOTYCZĄCE PRZEZNACZENIA POMOCY NA USAMODZIELNIENIE
dokonane pomiędzy Powiatowym Centrum Pomocy rodzinie w Stargardzie
a osobą usamodzielnianą i jej opiekunem

Uzgadnia się, że przyznane środki na usamodzielnienie mogą zostać przeznaczone zaspokojenie ważnej życiowej potrzeby: polepszenie warunków mieszkaniowych/ stworzenie warunków do działalności zarobkowej, w tym podniesienie kwalifikacji zawodowych/ pokrycie wydatków związanych z nauką osoby usamodzielnianej/ inne*w ramach czego planowany jest zakup lub sfinansowanie następujących składników:

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

OŚWIADCZENIE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

Ja, niżej podpisana/y.....
legitymująca/y się dowodem osobistym....., zobowiązuję się przeznaczyć na zakupienie wyżej wymienionych składników kwotę przyznaną decyzją Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie.

Jednocześnie zobowiązuję się rozliczyć imiennymi rachunkami z wydatkowania środków w okresie 3 miesięcy od dnia ich otrzymania

POUCZENIE

1. Imienne rachunki (faktury) należy przedłożyć w terminie 1 miesiąca w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie od dnia otrzymania decyzji.
2. Łączna wartość zakupionych przedmiotów nie może być niższa od kwoty ustalonej w decyzji, a w przypadku jej przekroczenia różnicę pokrywa osoba usamodzielniana.
3. W przypadku wykorzystania przyznanej pomocy w sposób niezgodny z deklarowanym podlega on zwrotowi, jako świadczenie nienależnie pobrane.

(podpis opiekuna usamodzielnienia)

(czytelny podpis osoby usamodzielnianej)

(miejscowość, data)

(podpis pracownika PCPR)