………………………………………………….

 (miejscowość, data)

……………………………………………

 (Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

……………………………………………

 (adres Wnioskodawcy)

**Starosta Powiatu Stargardzkiego**

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia na pokrycie wydatków związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki oraz innych niezbędnych i nieprzewidzianych kosztów**

Wnoszę o przyznanie świadczenia jednorazowego / okresowego\* na pokrycie wydatków związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki.

* + 1. Opis zdarzenia losowego lub innego zdarzenia mającego wpływ na jakość sprawowanej opieki: ……………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + 1. Przyznane świadczenie zamierzam przeznaczyć na nabycie następujących rzeczy lub usług:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rzecz/ Usługa** | **Cena w zł** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| **Suma** |  |

* + 1. Przyznanie świadczenia okresowego, tj. na czas do dnia ………………………………….
		jest zasadne z następujących względów: ………………..…………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………..

 (podpis)

**Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osoby**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz przetwarzanie szczególnych kategorii danych dotyczących mojej osoby w zakresie określonym we wniosku w sprawie: **o przyznanie świadczenia na pokrycie wydatków związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ
na jakość sprawowanej opieki oraz innych niezbędnych i nieprzewidzianych kosztów**

przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Stargardzie, przy
ul. Skarbowej 1, REGON 811804682, NIP 854-20-12-469w celu realizacji wniosku o przyznanie dofinansowanie do: **o przyznanie świadczenia na pokrycie wydatków związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki oraz innych niezbędnych i nieprzewidzianych kosztów**

Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

………………………………………………..
data, czytelny podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Klauzula informacyjna**

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie
ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Stargardzie pod adresem [www.pcpr.stargard.pl](http://www.pcpr.stargard.pl).
2. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku
z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.
3. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie pod adresem [www.pcpr.stargard.pl](http://www.pcpr.stargard.pl) przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie
do przedmiotowego wniosku.

………………………………………………..
data, czytelny podpis