

Reguły, dnia202.....

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
Gminy Michałowice
Al. Powstańców Warszawy 1
Reguły, 05-816 Michałowice**

**WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUG ŚWIADCZONYCH
W CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNYM REGUŁY**

Dane osoby z niepełnosprawnością składającej wniosek :

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania / pobytu:

nr telefonu

Dane osoby do reprezentacji w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub dane pełnomocnika osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania / pobytu:

nr telefonu

Zwracam się z prośbą o przyznanie usług w pobycie dziennym/całodobowym (*zaznaczyć właściwe*) w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym Reguły.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie ze mną, w miejscu mojego pobytu, rodzinnego wywiadu środowiskowego, który stanowi podstawę do przyznawania świadczeń z pomocy społecznej.

W załączeniu przekazuję:

1. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – do wglądu,
2. pozytywną opinię zespołu rekrutacyjnego Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego Reguły o możliwości objęcia wsparciem osoby z niepełnosprawnością,
3. dokumenty potwierdzające osiągnięty przeze mnie dochód oraz innych członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe,
4. dokument potwierdzający ustanowienie przedstawiciela ustawowego – *obowiązkowe, w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego.*

(czytelny podpis osoby ubiegającej się o pobyt w COM Reguły
lub jej pełnomocnika przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenia

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am pouczone/a o treści art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego tj. o obowiązku powiadamiania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Michałowice o każdej zmianie swego miejsca pobytu (zamieszkania). W przypadku zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowy adres będzie miało skutek doręczenia.

Zapoznałam / Zapoznałem się,

(czytelny podpis osoby informowanej)

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am pouczone/a o treści art. 109 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej tj. o obowiązku niezwłocznego poinformowania Ośrodka o każdej zmianie sytuacji rodzinnej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do świadczenia lub jego wysokość polegającej m.in. na uzyskaniu nowego dochodu, utracie dochodu dotychczasowego, zmiany w składzie rodziny, utracie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zmiany stopnia niepełnosprawności, podjęciu prac dorywczych, zmianie miejsca zamieszkania itp. W przypadku zaniedbania tego obowiązku otrzymane świadczenie będzie uznane jako nienależnie pobrane, które będzie podlegało zwrotowi niezależnie od dochodu.

Zapoznałam / Zapoznałem się,

(czytelny podpis osoby informowanej)

Informacje o zmianie sytuacji lub/i adresu zamieszkania należy przekazać do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Michałowice z siedzibą w Regułach, Al. Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice.

Zapoznałam / Zapoznałem się,

.....
(czytelny podpis osoby informowanej)

Przyjmuję do wiadomości, iż:

Administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice.

Podanie danych osobowych przez osobę ubiegającą się o przyznanie świadczeń pomocy społecznej oraz osobę korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej oraz członków ich rodzin jest wymogiem ustawowym.

Odbiorcami danych osobowych będą uprawnione na podstawie przepisu prawa organy władzy publicznej, podmioty wykonujące zadania publiczne, w tym kontrolne i sprawujące nadzór, inne organy ds. pomocy społecznej i ochrony zdrowia, podmioty, którym Ośrodek zleca usługi (przetwarzające dane osobowe na podstawie stosownych umów zawartych z Ośrodkiem).

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do wglądu w swoje dane i prawo ich uzupełniania.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych podane są w Polityce prywatności dostępnej w siedzibie i na stronie www Administratora:

<https://gops.michalowice.pl/gops/o-gops>

Zapoznałam / Zapoznałem się,

.....
(czytelny podpis osoby informowanej)