

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO PONOSZENIA
OPŁATY ZA POBYT DZIECKA/DZIECI
W PIECZY ZASTĘPCZEJ**

1. Dane osoby zobowiązanej:

Imię i Nazwisko :.....

Data i miejsce urodzenia:

Imiona rodziców:

Adres zamieszkania:

Adres zameldowania:

Seria i Nr dowodu osobistego:

PESEL:

Nr. Telefonu:

Imię i Nazwisko dziecka/dzieci
umieszczonych w pieczy zastępczej:

.....

2. Inofrmacje o osobie zobowiązanej:

1) osiągnane dochody - (proszę wpisać kwotę netto osiąganą miesięcznie bądź za dany miesiąc oraz dołączyć odpowiedni dokument)

- praca dorywcza -
- praca na umowę o pracę/ zlecenie/ o dzieło -
- działalność gospodarcza na zasadach (**proszę podkreślić właściwe**)

- **ogólnych** (należy dołączyć zaświadczenie wydane przez naczelnika właściwego urzędu skarbowego, zawierającego informację o wysokości: 1) przychodu; 2) kosztów uzyskania przychodu; 3) różnicy pomiędzy przychodem a kosztami jego uzyskania; 4) dochodów z innych źródeł niż pozarolnicza działalność gospodarcza w przypadkach, o których mowa w ust. 6 ustawy p omocy społecznej; 5) odliczonych od dochodu składek na ubezpieczenia społeczne; 6) należnego podatku; 7) odliczonych od podatku składek na ubezpieczenie zdrowotne związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej)

- **zryczałtowanym podatku dochodowym** (proszę wpisać kwotę osiąganego miesięcznie dochodu oraz dołączyć zaświadczenie wydane przez naczelnika właściwego urzędu skarbowego zawierającego informację o formie opodatkowania oraz dowód opłacenia składek w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych)

.....

• emerytura/ renta -

• świadczenia/ zasiłki z OPS – (jakie? - rodzaj i kwota).....

.....

.....

.....

.....

• inne dochody (jakie? - rodzaj i kwota).....

.....

.....

• czy w ciągu ostatnich 12-miesięcy uzyskała Pan/ Pani dochód jednorazowy:

- zwrot podatku z rozliczenia PIT.....

- darowinza/spadek.....

- trzynasta pensja/ emerytura.....

- nagroda/premia.....

- odszkodowanie.....

- inne (jakie?).....

2) Sytuacja zdrowotna:

• czy posiada Pan/ Pani orzeczenie o niepełnosprawności

w jakim stopniu:.....

• czy leczy się Pani przewlekłe?.....

.....

4) Czy płaci Pan/Pani alimenty?

TAK

NIE

Jeżeli TAK:

• na rzecz kogo?.....

• w jakiej kwocie.....

• zasądzone/ dobrowolne.....

• regularnie/ nieregularnie.....

Proszę dołączyć potwierdzenie dokonanej wpłaty

5) Informacje o stanie majątkowym:

I. Nieruchomości:

- mieszkanie - wielkość (w m²) charakter własnościowy
.....
- dom (wielkość w m²)
.....
- place, działki (powierzchnia w m²)
.....
- gospodarstwo rolne (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych – **proszę dołączyć zaświadczenie**)
.....

II. Ruchomości:

- samochody (typ, rocznik, wartość szacunkowa)
.....
.....
- maszyny (rodzaj, wartość szacunkowa)
.....
- inne (rodzaj, wartość szacunkowa)
.....
.....

III. Posiadane zasoby:

- pieniądze (oszczędności, papiery wartościowe itp. – wartość nominalna)
.....
.....
- przedmioty wartościowe (wartość szacunkowa)
.....
.....

3. Informacja o członkach rodziny, z którymi osoba zobowiązana wspólnie się utrzymuje:

Imię i Nazwisko	Data urodzenia PESEL	Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zobowiązanej	Miejsce pracy/nauki	Źródło i wysokość dochodu
1.				
2.				

3.				
4.				
5.				
6.				

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w przytoczonym poniżej art. 233§¹ Kodeksu Karnego.

Art.233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....
(data i podpis osoby zobowiązanej)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 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 (RODO), informujemy Pana/Panią, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu z siedzibą w Nowym Targu przy ul. Jana Kazimierza 20, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu.

2. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) oraz e) unijnego rozporządzenia RODO w celu realizacji zadań własnych lub zleconych Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, w zakresie realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze a wynikających z właściwych ustaw, w tym na podstawie realizacji umów zawartych z uprawnionymi podmiotami, a także kiedy nie wynika wprost z przepisów prawa Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody, w zakresie i celu określonym w treści zgody.
3. W zakresie danych przetwarzanych na mocy przepisów prawa nie jest wymagane pozyskanie Pani/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych.
4. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości prawnych zrealizowania Pani/Pana żądania.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: uprawnione organy publiczne, podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej w zakresie i celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem danych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt. 2 nie krócej jednak niż przez okres wskazany w ustawie z dnia 14 lipca 1982r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018r., poz. 217) lub w innych obowiązujących przepisach prawa.
8. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych na podstawie za wyjątkiem danych, które na mocy odrębnych przepisów pozostają niejawne,
 - prawo ich sprostowania,
 - usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym) – gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie udzielonej wcześniej zgody,
 - ograniczenia przetwarzania danych,
 - prawo do przenoszenia danych gdy nie ograniczają tego inne przepisy,
 - prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w zakresie, który nie wynika z przepisów prawa,
 - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody),
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.