

..... dnia
(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM ¹⁾

Ja,

.....
imię i nazwisko

urodzony(na)

.....
data i miejscowość

oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny / mój²⁾ składają się:

I. Nieruchomości:

– lokal mieszkalny (wielkość [w m²], tytuł prawny)

– dom (wielkość [w m²], tytuł prawny)

– place, działki (powierzchnia [w m²])

– gospodarstwo rolne (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych)

¹⁾ Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek odrębny.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

II. Ruchomości:

– samochody (typ, rocznik, wartość szacunkowa)

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

– maszyny (rodzaj, wartość szacunkowa)

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

– inne (rodzaj, wartość szacunkowa)

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

III. Posiadane zasoby:

– pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp. – wartość nominalna)

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

– przedmioty wartościowe (wartość szacunkowa)

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

IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

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

Jestem świadomy(-ma)²⁾ odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis



INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH (PS)

DANE ADMINISTRATORA:		Administratorem danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brodnicy		
DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA		ul. Ustronie 2B, 87-300 Brodnica, tel: 564982742, e-mail: sekretariat@mops.brodnica.pl		
WYZNACZONY INSPEKTOR OCHRONY DANYCH I JEGO DANE KONTAKTOWE		<p>Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych – Rafała Dąbrowskiego, z którym może się Pani / Pan skontaktować poprzez e-mail: www@mops.brodnica.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.</p> <p>Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.</p>		
CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA				
LP	Cel przetwarzania	Podstawa prawna	Planowany termin usunięcia kategorii danych	Kategorie odbiorców
	Art. 30 ust. 1 pkt b	Podanie danych Podanie danych jest wymogiem ustawowym TAK	Art. 30 ust. 1 pkt f	Art. 30 ust. 1 pkt d
1	POMOC SPOŁECZNA	Umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych	ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 poz. 1507 z późn. zm)	zgodnie z przepisami prawa – obowiązek archiwizowania

Kategorie odbiorców - osoby fizyczne lub prawne, organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym ujawnia się dane osobowe, za wyjątkiem Organów publicznych, które mogą otrzymywać dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, w tym: dostawcy usług IT w szczególności oprogramowania dziedzinowego, obsługa prawna.

Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, osoba ma prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Zapoznałam/ zapoznałem się z treścią informacji

Imię i Nazwisko **Podpis.....**

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (a)

zam. w Brodnicy przy ul.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zatajenia prawdy.

Niniejszym oświadczam:

1. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku lub w okresie pobierania świadczenia z pomocy społecznej nie uzyskałem/am jednorazowego dochodu przekraczającego pięciokrotnie kwotę kryterium dochodowego wynikającego z ustawy o pomocy społecznej.

2. Nie uzyskałem/am jednorazowego dochodu należnego za dany okres.

Oświadczam również, że w podanych wyżej okresach wymienionych dochodów nie osiągnęła żadna z osób prowadzących ze mną wspólnie gospodarstwo domowe, podanych do wywiadu rodzinnego.

.....
podpis

Imię i Nazwisko

Brodnica, dnia	
----------------	--

PESEL																				

WNIOSEK O ZMIANĘ NUMERU KONTA

Proszę o zmianę nr konta od dnia

20

 i przekazywanie następujących świadczeń (proszę zaznaczyć X wybierając wszystkie świadczenia lub wybraną grupę świadczeń):

- WSZYSTKIE ŚWIADCZENIA WYPŁACANE W MOPS W BRODNICY
- ŚWIADCZEŃ Z DZIAŁU ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH
- ŚWIADCZEŃ WYCHOWAWCZYCH (500 PLUS)
- ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO
- STYPENDIUM SZKOLNEGO, ZASIŁKU SZKOLNEGO
- DODATKU MIESZKANIOWEGO, DODATKU ENERGETYCZNEGO
- ŚWIADCZEŃ Z POMOCY SPOŁECZNEJ

na podane poniżej konto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PODPIS WNIOSKODAWCY (w obecności pracownika)

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

Potwierdzam tożsamość osoby składającej wniosek oraz przyjęcie dyspozycji.

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

PIECZĘĆ WPŁYWU	PODPIS PRACOWNIKA PRZYJMĄCEGO DYSPOZYCJĘ

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU O ZMIANĘ NUMERU KONTA W MIEJSKIM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W BRODNICY

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA (SYMBOL):
DATA (pieczęć wpływu)	PODPIS OSOBY PRZYJMĄCEJ DYSPOZYCJĘ

!!! STRONA DO WYPEŁNIENIA PRZEZ PRACOWNIKÓW MOPS W BRODNICY !!!

Potwierdzam otrzymanie wniosku o zmianę numeru konta i zobowiązuję się do niezwłocznej realizacji zmiany numeru rachunku bankowego w zakresie zadań działu:

WYPEŁNIENIE PRACOWNICY MOPS

SYMBOL KODOWY ORGANIZACYJNY	DZIAŁ OBEJMUJĄCY WNIOSKOWANĄ ZMIANĘ KONTA	WZROSTAJĄCY LICZEBNIE WNIOSKI O ZMIANĘ NUMERU KONTA
SR		
SW		
FA		
SSZ		
DMIDE		
PS		