

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
miejscowość, data

.....  
(adres zameldowania)

.....  
(adres pobytu)

Telefon .....

## MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W BRZEZINACH

### PODANIE O UDZIELENIE POMOCY

#### Proszę o udzielenie pomocy finansowej.

Dochód miesięczny mojej rodziny wynosi łącznie ze wszystkimi dodatkami (dodatek mieszkaniowy, zasiłek /dodatek pielęgnacyjny, świadczenia rodzinne i inne.....  
.....)

Netto ..... zł

#### Proszę o udzielenie pomocy z powodu\*:

- bezrobocia,
- niepełnosprawności,
- bezdomności,
- długotrwałej choroby,
- potrzeby ochrony macierzyństwa,
- bezradności w prowadzeniu gospodarstwa domowego
- zdarzenia losowego lub sytuacji kryzysowej

#### Przyznaną pomoc proszę o wypłacenie :

na konto nr

w kasie banku

proszę zaznaczyć odpowiednią formę wypłaty\*

.....  
(czytelny podpis)

#### Załączniki:

1.....

2.....

3.....

4.....

\* zaznaczyć właściwe

## Informacja dla osoby której dane są przetwarzane.

1. Administrator danych osobowych:  
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzezinach  
ul. Świętej Anny 57, 95-060 Brzeziny Tel. 46-874 12 95, email: [sekretariat@mops.brzeziny.pl](mailto:sekretariat@mops.brzeziny.pl)
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań administratora wynikających z ustawy o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.)
3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym podjęta zostanie ostatnia czynność w sprawie.
4. Osoba której dane dotyczą ma prawo dostępu do swoich danych oraz prawo do żądania sprostowania danych osobowych.
5. Osoba której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym dla podjęcia czynności w sprawie przez Administratora.

***Zapoznałem/am się z powyższą informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.***

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)