

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
**Wydział Pieczy Instytucjonalnej i Świadczeń**  
ul. Piotrkowska 149  
90-440 Łódź

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA  
UMIESZCZONEGO W RODZINIE ZASTĘPCZEJ/RODZINNYM DOMU DZIECKA \***

**CZĘŚĆ I (wypełnia wnioskodawca)**

**Dane rodziny zastępczej/prowadzącego rodzinny dom dziecka**

|   |   |
|---|---|
| Imię i nazwisko   |   |
| PESEL **  | Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu |
| Obywatelstwo  | Data urodzenia                            |
| Miejsce zamieszkania:<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Kod pocztowy ..... | Telefon/adres e-mail                      |

|   |   |
|---|---|
| Imię i nazwisko   |   |
| PESEL **  | Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu |
| Obywatelstwo  | Data urodzenia                            |
| Miejsce zamieszkania:<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Kod pocztowy ..... | Telefon                                   |

\* *właściwe podkreślić*

\*\* *w przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu)*

**WNOSZĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA\***

**1. Dane dotyczące dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka**

|  |   |
|--|---|
| Imię i nazwisko  |   |
| PESEL  | Data urodzenia<br>Obywatelstwo  |
| Data faktycznego umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka*  | Miejsce zamieszkania dziecka przed umieszczeniem po raz pierwszy w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka**<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Kod pocztowy .....<br>Powiat ..... |
| <b>Stopień pokrewieństwa</b> w stosunku do rodzica zastępczego: wnuk/wnuczka, prawnuk/prawnuczka, brat/siostra (w tym rodzeństwo przyrodnie), inny rodzaj pokrewieństwa, brak pokrewieństwa*** |   |

\* *właściwie podkreślić*

\*\* *właściwie podkreślić, a w przypadku dzieci, które przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka zamieszkiwały na terenie innego powiatu należy dołączyć potwierdzenie tego adresu*

**2. Informacje dotyczące sytuacji umieszczonego dziecka**

| <b>a) dochód dziecka</b> | <b>wysokość miesięczna</b> |
|--------------------------|----------------------------|
| otrzymywane alimenty     |                            |
| renta rodzinna           |                            |
| uposażenie rodzinne      |                            |
| <b>Łączna kwota</b>      |                            |

**b) Informacje dotyczące obecnego pobytu dziecka w niżej wymienionych placówkach.**

Czy obecnie dziecko przebywa we wskazanej poniżej placówce

**TAK /NIE\***

\* właściwe proszę zaznaczyć

| Typ placówki*:  | <b>TAK</b> ponoszę koszty utrzymania dziecka w placówce* | <b>NIE</b> ponoszę kosztów utrzymania dziecka w placówce* |
|---|--|---|
| dom pomocy społecznej   |  |   |
| specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy                           |  |   |
| młodzieżowy ośrodek wychowawczy                                 |  |   |
| młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę |  |   |
| specjalny ośrodek wychowawczy                                   |  |   |
| hospicjum stacjonarne   |  |   |
| oddział medycyny paliatywnej                                    |  |   |
| areszt śledczy  |  |   |
| schronisko dla nieletnich                                       |  |   |
| zakład karny  |  |   |
| zakład poprawczy  |  |   |

\* właściwą placówkę proszę zaznaczyć znakiem "X",

***Uwaga - w przypadku ponoszenia kosztów utrzymania dziecka przebywającego we wskazanej powyżej placówce proszę dołączyć potwierdzenie ponoszenia tych kosztów.***

**c) rodzice biologiczni**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Imię i nazwisko matki | Adres zamieszkania/pobytu matki<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Kod pocztowy .....<br>Data urodzenia ..... |
| Imię i nazwisko ojca  | Adres zamieszkania/pobytu ojca<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Kod pocztowy .....                          |

**KARTA POBYTU DZIECKA PRZED UMIESZCZENIEM W OBECNEJ FORMIE  
RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

**DOTYCZY DZIECKA .....ur:.....**

**1. Rodzice dziecka**

**UWAGA** – Pola dotyczące adresu zamieszkania lub pobytu rodziców dziecka proszę wypełnić tylko w przypadku gdy według posiadanych przez Pana/Panią/Państwa informacji rodzice dziecka żyją i znany jest Panu/Pani/Państwu adres ich miejsca zamieszkania lub pobytu.

**Matka:**

Imię .....  
Nazwisko .....  
Żyje\*  Nie żyje\*   
Miejscowość.....  
Ulica.....  
Powiat.....

**Ojciec:**

Imię .....  
Nazwisko .....  
Żyje\*  Nie żyje\*   
Miejscowość.....  
Ulica.....  
Powiat.....

**\*- właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem X**

**2. Rodzinna forma pieczy zastępczej, w tym\*:**

- 1. rodzina zastępcza spokrewniona
- 2. rodzina zastępcza niezawodowa
- 3. rodzina zastępcza zawodowa
- 4. rodzina zastępcza zawodowa specjalistyczna
- 5. rodzina zastępcza zawodowa pełniąca funkcję pogotowia rodzinnego
- 6. rodzinny dom dziecka

**\*- właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem X**

Okres pobytu – od ..... do .....  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Powiat .....

**3. Instytucjonalna forma pieczy zastępczej, w tym\*:**

- placówka opiekuńczo-wychowawcza ( np. dom dziecka, pogotowie opiekuńcze )
- regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna
- interwencyjny ośrodek preadopcyjny
- zakład opiekuńczo-leczniczy
- zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
- zakład rehabilitacji leczniczej

**\*- właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem X**

Okres pobytu – od ..... do .....  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Powiat .....

**4. Inne (proszę podać jakie):.....**

Okres pobytu – od ..... do .....  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Powiat .....

.....  
(data i podpis rodziny zastępczej / prowadzącego rodzinny dom dziecka)

**INFORMACJA O RODZINIE ZASTĘPCZEJ / PROWADZĄCYM RODZINNY DOM DZIECKA, W KTÓREJ / W KTÓRYM ZOSTAŁO UMIESZCZONE DZIECKO :**

IMIĘ .....

NAZWISKO .....

ADRES .....

**FORMA RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ, W KTÓREJ ZOSTAŁO UMIESZCZONE DZIECKO\* :**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> rodzina zastępcza spokrewniona                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> rodzina zastępcza niezawodowa                                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> rodzina zastępcza zawodowa                                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> rodzina zastępcza zawodowa specjalistyczna                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> rodzina zastępcza zawodowa pełniąca funkcję pogotowia rodzinnego |                          |
| <input type="checkbox"/> rodzinny dom dziecka   | <input type="checkbox"/> |

\*- właściwą formę rodzinnej pieczy zastępczej proszę zaznaczyć znakiem X

**UWAGI :**

.....  
( data, podpis i pieczęć pracownika przyjmującego i weryfikującego kartę )



## POUCZENIE

Zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:

7. Rodzinie zastępczej oraz prowadzącemu rodzinny dom dziecka, na każde umieszczone dziecko przysługuje świadczenie na pokrycie kosztów jego utrzymania.
8. Rodzinie zastępczej oraz prowadzącemu rodzinny dom dziecka na dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności przysługuje dodatek na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania tego dziecka.
9. Zawodowej rodzinie zastępczej na dziecko umieszczone na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich przysługuje dodatek na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania tego dziecka.
10. W przypadku gdy rodzina zastępcza lub prowadzący rodzinny dom dziecka nie ponosi kosztów utrzymania dziecka w związku z jego pobytem w domu pomocy społecznej, specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii zapewniającym całodobową opiekę, specjalnym ośrodku wychowawczym, hospicjum stacjonarnym, oddziale medycyny paliatywnej, areszcie śledczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie karnym, zakładzie poprawczym- otrzymuje świadczenia , w wysokości nie niższej niż 20% przyznanego świadczenia.
11. W przypadku gdy świadczenie oraz dodatki przysługują rodzinie zastępczej lub prowadzącemu rodzinny dom dziecka za niepełny miesiąc kalendarzowy, świadczenia oraz dodatki wypłaca się w wysokości proporcjonalnej do liczby dni pobytu dziecka w danym miesiącu kalendarzowym.
12. Osoby otrzymujące świadczenia i dodatki są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał te świadczenia pieniężne, o każdej zmianie sytuacji osobistej ich oraz dziecka, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń.
13. Nienależnie pobrane świadczenia pieniężne podlegają zwrotowi łącznie z ustawowymi odsetkami przez osobę, która je pobrała
14. Za nienależnie pobrane świadczenie pieniężne uważa się świadczenia:
  - \* wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie albo wstrzymanie wypłaty świadczenia pieniężnego w całości lub w części,
  - \* przyznane lub wypłacone w przypadku świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą te świadczenia,
  - \* wypłacone bez podstawy prawnej lub z rażącym naruszeniem prawa, jeżeli stwierdzono nieważność decyzji przyznającej świadczenie pieniężne albo w wyniku wznowienia postępowania uchylono decyzję przyznającą to świadczenie i odmówiono prawa do tego świadczenia
15. Kwoty nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych wraz z odsetkami, ustalone ostateczną decyzją, podlegają potrąceniu z bieżąco wypłacanych świadczeń pieniężnych.
16. Należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
17. Odsetki od nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych są naliczane od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu wypłaty świadczenia pieniężnego do dnia spłaty
18. Starosta może umorzyć kwotę nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych łącznie z odsetkami w całości lub w części, odroczyć termin płatności albo rozłożyć na raty, jeżeli zachodzą szczególnie uzasadnione okoliczności dotyczące sytuacji rodziny. Umorzenie kwoty nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych łącznie z odsetkami w całości lub w części, odroczenie terminu płatności albo rozłożenie na raty świadczeń pieniężnych innych niż dodatek wychowawczy, następuje w porozumieniu z wójtem.

.....  
(data i czytelny podpis osoby ubiegającej się)



Administratorem Państwa danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, z siedzibą przy ulicy Kilińskiego 102/102a. Wszelkie dane otrzymane od Państwa posłużą do ustalenia prawa do korzystania oraz otrzymania pomocy i tylko w takim celu będą wykorzystywane. Jednak zgłaszając się do Ośrodka mają Państwo obowiązek podać wszelkie informacje potrzebne do rzetelnego ustalenia Państwa sytuacji majątkowej, rodzinnej czy zdrowotnej. Niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia pomocy.

### **Okres przetwarzania**

Zebrane dane będziemy przetwarzać tak długo jak będziecie Państwo korzystać z pomocy Ośrodka. Czas ten jednak będzie wydłużony w związku z przepisami o archiwizowaniu dokumentów. Najczęściej jest to okres pięciu lat.

### **Inspektor Ochrony Danych**

We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez MOPS w Łodzi danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem Danych Osobowych za pomocą poczty elektronicznej pod adresem:

[ochronadanych@mops.lodz.pl](mailto:ochronadanych@mops.lodz.pl)

### **Kategorie odbiorców**

Na podstawie umów powierzenia danych oraz odrębnych przepisów będziemy przekazywać Państwa dane następującym kategoriom odbiorców: agencje usługowo-opiekuńcze, placówki oświatowe, firmy serwisowe oraz organizacje pozarządowe, z którymi Ośrodek podpisał umowy na realizację zadań publicznych.

### **Prawa i skarga do Urzędu Ochrony Danych Osobowych**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania oraz usunięcia, jeśli minął czas w jakim przepisy prawa zobowiązują Ośrodek do ich przetwarzania.

Ponadto mają Państwo prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

### **Podstawa prawna**

- Ustawa z dnia 12 marca 2014 r. o pomocy społecznej
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty

Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach

.....  
(data i czytelny podpis osoby ubiegającej się)



**CZĘŚĆ II (wypełnia podmiot realizujący świadczenie)**

|  |  |       |
|--|--|-------|
| Forma rodziny zastępczej/rodzinny dom dziecka  |  | ..... |
| Powiat, na terenie którego dziecko przebywało przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka |  | ..... |
| Data wykonania orzeczenia sądowego:  | natychmiast wykonalne tj. w dacie            | ..... |
|  | wykonalne po uprawomocnieniu się tj. od dnia | ..... |
| Data urodzenia matki dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka                        |  | ..... |

**Wyliczenie należnego świadczenia:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| Rodzaj świadczenia                                 | Okres przyznania świadczenia pieniężnego  | Wysokość przyznanego świadczenia  |
|--|---|---|
| świadczenie na pokrycie kosztów utrzymania dziecka | <ul style="list-style-type: none"> <li>• za okres od ..... do .....</li> <li>• począwszy od miesiąca .....</li> <li>• za okres od ..... do .....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• ..... miesięcznie</li> <li>• .....</li> </ul> |

**Dyspozycje:**

Przyznać świadczenie na pokrycie kosztów utrzymania dziecka.....umieszczonego w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka w kwocie j.w. w okresie od.....do.....

**Podstawa prawna:**

Art.37 ust.1, art.80 ust.1 pkt....., art. 87 ust.1, 4.  
ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

.....  
(data , podpis i pieczęć osoby rozpatrującej wniosek)

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby podejmującej decyzję)