

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

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY NA USAMODZIELNIENIE

CZĘŚĆ I (wypełnia wnioskodawca)

1. Dane osoby usamodzielnianej

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

2. Ostatnie miejsce pobytu osoby usamodzielnianej przed jej usamodzielnieniem

Imię i nazwisko rodziny zastępczej/prowadzącego rodzinny dom dziecka/nazwa placówki*
Adres rodziny zastępczej/prowadzącego rodzinny dom dziecka/ placówki*

* ilekroć w niniejszym wniosku jest mowa o placówce należy przez to rozumieć placówki opiekuńczo-wychowawcze, regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne lub placówki, o których mowa w art. 18c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

3. Miejsce zamieszkania osoby usamodzielnianej przed umieszczeniem jej po raz pierwszy w pieczy zastępczej/ placówce*

Miejscowość
Powiat
Województwo
Ulica/nr domu.....
Kod pocztowy

**w przypadku osoby usamodzielnianej, która przed umieszczeniem jej po raz pierwszy w pieczy zastępczej/placówce* zamieszkiwała na terenie innego powiatu należy dołączyć potwierdzenie tego adresu*

WNOSZĘ O PRYZNANIE POMOCY NA USAMODZIELNIENIE

4. Informacje o członkach rodziny osoby usamodzielnianej*

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Płeć	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy lub nauki	Źródła dochodu Rodzaj i wysokość**

**w tabeli umieścić tylko wnioskodawcę oraz małżonka i dzieci pozostające na jego utrzymaniu*

*** wpisać wysokość dochodu, za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku i dołączyć dokumenty potwierdzające uprawnienia i wysokość dochodu poszczególnych członków rodziny*

OŚWIADCZENIE

Stosownie do art. 75 § 2 i art. 83 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego, w związku z prowadzonym postępowaniem administracyjnym w sprawie przyznania pomocy na usamodzielnienie będąc stroną tego postępowania oświadczam, że pomoc na usamodzielnienie przeznaczyć chcę na :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
 (podpis pracownika)

.....
 (podpis składającego oświadczenie)

POUCZENIE

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

1. Osobie opuszczającej, po osiągnięciu pełnoletności, rodzinę zastępczą, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub regionalną placówkę opiekuńczo-terapeutyczną, w przypadku, gdy umieszczenie w pieczy zastępczej nastąpiło na podstawie orzeczenia sądu przyznaje się pomoc na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie oraz zagospodarowanie.
2. Osoby usamodzielniane są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał pomoc, o każdej zmianie ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń.
3. Nienależnie pobrane świadczenia pieniężne podlegają zwrotowi łącznie z ustawowymi odsetkami przez osobę, która je pobrała.
4. 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.
5. Należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

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

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

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI:

1. Zatwierdzony indywidualny program usamodzielnienia (**tylko w przypadku składania wniosku po raz pierwszy**),
2. Dokument potwierdzający numer konta bankowego.

Oświadczam, że:

- wszystkie zawarte we wniosku informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym,
- zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do pomocy na usamodzielnienie

Jestem świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(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

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 pieczy zastępczej/placówki*, którą opuściła osoba usamodzielniana
Powiat, na terenie którego osoba usamodzielniana przebywała przed umieszczeniem po raz pierwszy pieczy zastępczej/placówce*
Data opuszczenia /skreślenia pieczy zastępczej/placówki* przez osobę usamodzielnianą
Data ukończenia 26 roku życia
Łączny okres pobytu w pieczy zastępczej
Dochód na osobę w rodzinie osoby usamodzielnianej zł

Rodzaj świadczenia	Wysokość przyznanego świadczenia
pomoc na usamodzielnienie zł

Dyspozycje:

Przyznać pomoc na usamodzielnienie w miesiącu w wysokości jw.

Podstawa prawna:

Art.140 ust.1 pkt.1 lit. „b”, art.141 ust.1 pkt., art.142 ust.1, ..., 3,4, art143 ust.1,2 , art. 145 ust.1, art. 149 ust.1 pkt. lit.,3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tekst jednolity Dz.U. z 2015r. poz.332 z późniejszymi zmianami).

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

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