Człopa, dnia ……………………………………………….

……………………………………………………….…………………….

(Wnioskodawca)

…………………………..………………………………………….………

(adres zamieszkania)

…………………………………………….……………………………..

(numer telefonu)

**W N I O S E K**

**o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Rodziny**

Wnoszę o wydanie ………. szt. Zachodniopomorskiej Karty Rodziny (proszę zaznaczyć odpowiednio):

* Nowe Karty

duplikaty z powodu: 🞎 zgubienia karty 🞎 przedłużenie terminu ważności 🞎 poprawy danych

Oświadczam, że moja rodzina składa się z następujących osób wspólnie zamieszkałych pod wyżej wskazanym adresem:

1. ……………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo , □ bezterminowo\*)

1. ……………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo, □ bezterminowo\*)

1. ………………………………………..…………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo, □ bezterminowo\*)

1. …………………………………..………………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo, □ bezterminowo\*)

1. ……………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo, □ bezterminowo\*)

\*bezterminowo Zachodniopomorska Karta Rodziny przyznawana jest bez ograniczeń wiekowych dla dzieci które otrzymały stypendia naukowe ministra właściwego do spraw edukacji i nauki lub ministra właściwego do spraw kultury, dziedzictwa narodowego i sportu lub legitymują się orzeczeniem o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności.

\*\* za osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną zgodę wyraża opiekun prawny.

1. ………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo , □ bezterminowo\*)

1. ……………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo, □ bezterminowo\*)

1. …………………………………………..…………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo, □ bezterminowo\*)

1. ……………………………………..………………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo, □ bezterminowo\*)

1. …………………………………..………………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

□ Rodzic

□ Dziecko (□ terminowo, □ bezterminowo\*)

Oświadczam, że:

1) Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień składania wniosku – w związku z tym jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku;

2) Zapoznałem się/zapoznałam w zapisami regulaminu wydawania i użytkowania Zachodniopomorskiej Karty Rodziny.

3) Zostałem poinformowany/poinformowana, że Karta ma charakter osobisty i nie może być użyczana, bądź odstępowana nieuprawnionym osobom.

……….…………………………………………………

(data i podpis Wnioskodawcy)

- W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica lub prawnego opiekuna. W przypadku osoby pełnoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane osobiście lub za okazaniem upoważnienia w sytuacji składania oświadczenia za pełnoletniego członka rodziny.

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z zapisami art. 13 oraz art. 14 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* (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. z 2016 r., seria L Nr 119, poz. 1) zwanego w skrócie RODO informujemy, że **Administratorem** Państwa danych osobowych jest: **Województwo Zachodniopomorskie ul. Korsarzy 34**, **70-540 Szczecin** a obsługę Województwa Zachodniopomorskiego prowadzi Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Na mocy art. 37 ust. 1 lit. a) RODO Administrator (AD) wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), który w jego imieniu nadzoruje sferę przetwarzania danych osobowych. Z IOD można kontaktować się pod adresem mail: abi@wzp.pl

Województwo Zachodniopomorskie przetwarza Państwa dane na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821 z późn. zm.), w celu realizacji Programu Zachodniopomorskiej Karty Rodziny i Zachodniopomorskiej Karty Seniora realizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2021 – 2027 pt. Region Przyjazny Rodzinie, przyjętego Uchwałą Nr XXIX/337/21 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 28.10.2021 r.

Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w **ściśle określonym, minimalnym zakresie** niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej. Administrator powierza zbieranie Państwa danych Prezydentowi Miasta Świnoujście, ul. Wojska Polskiego 1/5, 72-600 Świnoujście na podstawie art. 183 pkt 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821 z późn. zm.), w celu realizacji Programu Zachodniopomorskiej Karty Rodziny i Zachodniopomorskiej Karty Seniora.

Dane osobowe przetwarzane przez Województwo Zachodniopomorskie przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji Wojewódzkiego Programu na Rzecz Wspierania Rodzin i Systemu Pieczy Zastępczej pn. „Region Przyjazny Rodzinie” w latach 2021-2027 oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. *o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach* (Dz. U. z 2020 r., poz. 164), w tym rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. *w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67)*.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przystąpienia do Programu i otrzymania Zachodniopomorskiej Karty Rodziny.

Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, ma możliwość:

‒ dostępu do danych osobowych jej dotyczących,

‒ żądania ich sprostowania,

‒ ograniczenia przetwarzania,

‒ wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Z powyższych uprawnień można skorzystać w siedzibie Administratora, pisząc na adres AD lub drogą elektroniczną kierując korespondencję na adres abi@wzp.pl

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Województwo Zachodniopomorskie. Organem właściwym dla ww. skargi jest:

Urząd Ochrony Danych Osobowych

ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

|  |
| --- |
| Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony Państwa danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zamianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.  **WYPEŁNIA JEDNOSTKA SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO** |

|  |
| --- |
| Potwierdzam zgodność danych zawartych we wniosku o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Rodziny.  ………………………... …………………….…………………………. ……………………………………………..  data podpis pracownika pieczęć jednostki |

Forma odbioru Kart: (właściwe zaznaczyć **X**)

* listownie na adres wskazany we wniosku
* osobiście w siedzibie Urzędu, w którym składany jest wniosek.