

## Część A

.....  
Pieczęć OPS

### **Załącznik nr 5. Skierowanie do otrzymania pomocy żywnościowej w ramach Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 – Podprogram 2023**

**Numer skierowania**<sup>1</sup>.....

1. Imię i nazwisko .....

2. informacja o osobie zakwalifikowanej/rodzinie osoby zakwalifikowanej

#### **W pkt a, b, c zaznaczyć właściwe**

##### **a/ status osoby**

1) osoba samotnie gospodarująca      2) osoba w rodzinie

**b/ dochód osoby/rodziny** w odniesieniu do kryterium dochodowego określonego na podstawie art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej <sup>2</sup>

1) do 100%      2) 100% -265%

##### **c/ powody udzielania pomocy**<sup>3</sup>:

ubóstwo;

bezdomność;

niepełnosprawność;

potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

inne zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej.

#### **W pkt d wpisać odpowiednią liczbę**

##### **d/ Liczba osób w rodzinie**<sup>4</sup>

1) Podział osób w rodzinie ze względu na płeć

Liczba kobiet

Liczba mężczyzn

1 Należy wypełnić zgodnie z przyjętym w danym OPS sposobem ewidencjonowania skierowań.

2 Kwota kryterium dochodowego wynosi 2 056,40 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1590 zł w przypadku osoby w rodzinie

3 Zaznaczyć najistotniejsze powody

4 Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek<sup>5</sup>:

- liczba dzieci w wieku poniżej 18 roku życia
- liczba osób młodych w wieku 18-29 lat
- liczba osób w wieku 65 lat i starszych
- liczba pozostałych osób

3) Podział osób w rodzinie ze względu na grupy docelowe:

- liczba osób z niepełnosprawnościami
- liczba obywateli państw trzecich<sup>6</sup>
- liczba osób obcego pochodzenia i należących do mniejszości  
(w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie)
- liczba osób bezdomnych
- liczba pozostałych osób

**e/ Uczestnictwo osoby/członków rodziny w innych działaniach finansowanych z EFS+**

**TAK**

**NIE**

Należy podać rodzaj działań oraz wskazać osoby objęte działaniami realizowanymi w ramach EFS

**f/ Skierowanie zachowuje ważność przez cały okres realizacji Podprogramu 2023**

**g/ Nazwa i adres organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej, do której kierowana jest osoba/rodzina**

.....

**h/ Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS**

---

<sup>5</sup> Uwzględnić wszystkie grupy wiekowe

<sup>6</sup> „Obywatel państwa trzeciego” oznacza osobę niebędącą obywatelem Unii Europejskiej, w tym bezpaństwowców i osoby o nieokreślonym obywatelstwie.

.....

i/ Oświadczam, że poinformowano mnie o przetwarzaniu moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) oraz o możliwości przekazywania danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, iż przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania; wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także, że podanie przeze mnie danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym powierzonego administratorowi.

**Data i podpis osoby odbierającej skierowanie**

.....

Część B

## OŚWIADCZENIE

Miejscowość, dnia.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
adres

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód netto / dochód netto mojej rodziny w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia oświadczenia wyniósł ..... zł, słownie:

.....  
Liczba członków rodziny<sup>7</sup> pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osoby/osób.

Oświadczam, że w miesiącu ..... dochód netto na osobę w rodzinie wyniósł ..... zł. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
Podpis

---

<sup>7</sup> Przez członków rodziny rozumie się osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

## WZÓR

### **Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych** (sporządza właściwa OPR/OPL)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 poniżej przekazuję następujące informacje:

#### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą we Włodowicach**.<sup>8</sup>

#### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną – adres email: [gops@gopswlodowice.pl](mailto:gops@gopswlodowice.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora.<sup>9</sup>

#### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do udzielenia pomocy żywnościowej w ramach Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FEPŻ), współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) i jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c 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 (RODO) - oraz art. 134v ust. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Ponadto w przypadku podania przez Panią/Pana informacji/danych, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej związanych ze stanem zdrowia, podstawą przetwarzania jest także art. 9 ust. 2 lit. g RODO.

#### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa tj. innym podmiotom uczestniczącym w realizacji Programu FEPŻ.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

---

<sup>8</sup> Wypełnić danymi właściwej OPR/OPL.

<sup>9</sup> Wypełnić danymi właściwej OPR/OPL.

**Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów, tj. przez okres realizacji Programu – do czasu przedłożenia sprawozdania końcowego z wykonania Programu do Komisji Europejskiej – 15 lutego 2031 r. oraz 5 lat po zatwierdzeniu sprawozdania.

**Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej.

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani do profilowania.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531-03-00, Infolinia: 606-950-000.

**Informacja o dobrowolności podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, o którym mowa w art. 134v ustawy o pomocy społecznej ciążącego na administratorze w związku z realizacją FEPŻ.