Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych dla klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kraśniku

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kraśniku
2) Inspektor ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej - kontakt; e - mail: iod@rodocolsunting.eu lub tel. +48 603 370 224
3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań MOPS W Kraśniku, określonych przepisami prawa oraz art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust 2 lit b) RODO.
4) Zależnie od zakresu zbieranych danych, odbiorcami powierzonych danych mogą być: organy administracji państwowej i samorządowej, dostawcy usług informatycznych, inne podmioty realizujące usługę końcową. Dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom wyłącznie w przypadku wystąpienia obowiązku prawnego oraz na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.
5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa oraz przepisów o archiwizacji.
7) Posiada Pani/Pan prawo: dostępu, sprostowania danych osobowych, uzyskania kopii a także usunięcia Pani/Pana danych osobowych
8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

W celu skorzystania ze wskazanych wyżej praw może Pani/Pan zgłosić taką potrzebę w MOPS w Kraśniku lub przesłać wniosek na adres: ul. Grunwaldzka 4a lub drogą elektroniczną: mops@mops.krasnik.pl.

……..……..……..……..
(czytelny podpis wnioskodawcy)

……
(imię i nazwisko)

……

……

(adres zamieszkania)

……

……

(adres zameldowania)

PESEL

Nr telefonu:

.....

Kraśnik, dn. .....

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kraśniku
Dział Świadczeń Rodzinnych

P O D A N I E

Proszę o wydanie zaświadczenia o wysokości pobieranych świadczeń takich jak :

1. Zasiłku rodzinnego wraz z dodatkami
2. Funduszu alimentacyjnego
3. Jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka
4. Świadczeń opiekuńczych

w okresie od ……..do …….

Proszę o wydanie zaświadczenia o niepobieraniu świadczeń takich jak :

1. Zasiłku rodzinnego wraz z dodatkami
2. Funduszu alimentacyjnego
3. Jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka
4. Świadczeń opiekuńczych

w okresie od……do……
na dzieci (imię i nazwisko, data urodzenia):

.....:..

……

……

Miejsce przedłożenia danego zaświadczenia .....

…… ……

Ilość egzemplarzy :……..

……
(podpis)