

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon :

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Kaliska 6, 99-400 Łowicz

PODANIE O UDZIELENIE POMOCY

Zwracam się z prośbą o udzielenie świadczeń z pomocy społecznej.

.....
podpis

Proszę o przekazywanie świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej :

<input type="checkbox"/>	W kasie MOPS wg ustalonego wcześniej harmonogramu w godzinach 10.30 – 14.30
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Przelewem na rachunek bankowy
--------------------------	-------------------------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(W przypadku nowego rachunku bankowego prosimy o dołączenie wydruku bankowego z numerem konta)

.....
podpis

INFORMACJA

Podane dane są pozyskiwane i przetwarzane na potrzeby realizacji przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łowiczu zadań ustawowych wynikających z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1769 z późn. zm.) zgodnie z art. 100 ustawy oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 100) w związku z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.).

.....
podpis