



## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i ich swobodnym przepływem :

1. Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowłodzu, ul. Spalska 2, 97-215 Inowłódz, adres e-mail: gops@inowlodz.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: tel: 44 710-12-34 , adres e-mail: iod@inowlodz.pl
3. Celem przetwarzania otrzymanych danych jest prowadzenie postępowania administracyjnego, także w związku z ubieganiem się o świadczenie wypłacane lub realizowane przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowłodzu. Przetwarzanie danych osobowych jest wynikiem złożenia przez Pana/Panią wniosku lub prowadzenia postępowania z urzędu.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie danych jest dobrowolne i uzyskane bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim jedynie w celu realizacji czynności wynikających z przepisów prawa w ramach prowadzonego postępowania administracyjnego. Odbiorcami danych mogą być również instytucje upoważnione z mocy prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu i nie będą przekazywane w celach marketingowych podmiotom zewnętrznym.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe zgromadzone w celu prowadzonego postępowania będą przetwarzane na czas jego trwania i realizacji wynikającego z niego świadczenia lub wcześniejszego cofnięcia Pana/Pani zgody na ich przetwarzanie (cofnięcie zgody będzie jednoznaczne z brakiem możliwości realizacji świadczenia).

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

### III.

#### Potwierdzenie organu rozliczającego wpłaty o terminowym opłacaniu należności za odpady komunalne

Niniejszym potwierdzam/nie potwierdzam\*, że Wnioskodawca w okresie obejmującym wnioski terminowo regulował opłaty.

.....  
( pieczętka i podpis pracownika merytorycznego )

### IV. Wyliczenie dopłaty (wypełnia pracownik GOPS)

| Liczba osób w rodzinie | Kwota ulgi | Liczba miesięcy | Kwota dopłaty (kol. 1 x kol. 2 x kol. 3) |
|------------------------|------------|-----------------|------------------------------------------|
|                        |            |                 |                                          |

.....  
( pieczętka i podpis pracownika GOPS )

\*niepotrzebne skreślić