

WYPEŁNIA URZĄD MIASTA (PO ZŁOŻENIU WNIOSKU)					
D	Data wpływu wniosku		Znak sprawy		
	Decyzja	P	N	z dnia	

**WNIOSEK
O PRYZNANIE KARTY / NADANIE UPRAWNIEŃ DO KORZYSTANIA Z SYSTEMU ULG
W RAMACH PROGRAMU „SOCHACZEW HONOROWYM DAWCOM KRWI”**

składany na podstawie UCHWAŁY NR X/83/15 RADY MIEJSKIEJ W SOCHACZEWIE Z DNIA 21.09.2015 roku z późniejszymi zmianami.

*Wniosek należy wypełniać czytelnie, dużymi, drukowanymi literami, ręcznie czarnym lub niebieskim długopisem lub komputerowo.
Wniosek wypełniony nieczytelnie lub nieprawidłowo nie będzie realizowany.*

CZEŚĆ I. - DANE WNIOSKODAWCY:

Dane identyfikacyjne wnioskodawcy

NAZWISKO																										
IMIĘ PIERWSZE						IMIĘ PIERWSZE																				
NUMER PESEL																DATA URODZENIA (DD/ MM/ RRRR)										

Miejsce zamieszkania wnioskodawcy

ULICA											NR DOMU / LOKALU					
MIEJSCOWOŚĆ											KOD POCZTOWY					

ADRES DO KORESPONDENCJI (Wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż miejsce zamieszkania)

ULICA											NR DOMU / LOKALU					
MIEJSCOWOŚĆ											KOD POCZTOWY					

DANE KONTAKTOWE

NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO (1)											NUMER TELEFONU STACJONARNEGO (1)					
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (2)																

(1) - Dotyczy osoby, która posiada telefon kontaktowy.

(2) - Dotyczy osoby, która posiada adres poczty elektronicznej.

CZEŚĆ II. - WNOSZĘ O WYDANIE KARTY / NADANIE UPRAWNIEŃ: (* w polach oznaczonych gwiazdką właściwie zaznaczyć wstawiając znak „X”)

*	DLA ZASŁUŻONEGO HONOROWEGO DAWCY KRWI
*	DLA ZASŁUŻONEGO DLA ZDROWIA NARODU HONOROWEGO DAWCY KRWI
*	WNOSZĘ O PRYZNANIE KARTY / NADANIE UPRAWNIEŃ
*	WNOSZĘ O PRZEDŁUŻENIE WAŻNOŚCI UPRAWNIEŃ
*	WNOSZĘ O WYDANIE DUPLIKATU (załączam dowód wniesienia opłaty za wydanie duplikatu karty)

CZĘŚĆ III. - ZAŁĄCZNIKI : (* w polach oznaczonych gwiazdką właściwie zaznaczyć wstawiając znak „X”)

*	Kserokopię legitymacji wymienionej w §3 pkt. 3 i 4 regulaminu (t.j. Legitymacja Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Legitymacja Honorowego Dawcy Krwi – Zasłużonego dla Zdrowia Narodu)
*	Zaświadczenie potwierdzające ilość oddanej krwi lub odpowiadającą tej objętości ilość innych jej składników

CZĘŚĆ IV. – OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że: **

- **Jestem zameldowana/-y na terenie Miasta Sochaczew i:**
- rozliczam podatek dochodowy od osób fizycznych w Urzędzie Skarbowym w Sochaczewie na rzecz Miasta Sochaczew,
 - nie osiągam dochodu.
- **Nie jestem zameldowana/-y na terenie Miasta Sochaczew, ale zamieszkuję na jego terenie, rozliczam:**
- podatek dochodowy od osób fizycznych w Urzędzie Skarbowym w Sochaczewie na rzecz Miasta Sochaczew i deklaruję w swoim zeznaniu podatkowym, że miejscem mojego zamieszkania jest Miasto Sochaczew.

w związku z czym przedkładam jako załącznik do wniosku:

- kserokopię pierwszej strony zeznania PIT za rok z prezentatą Urzędu Skarbowego w Sochaczewie,
- pierwszą stroną PIT wydrukowaną oraz wydrukowane UPO (Urzędowe Poświadczenie Odbioru) - PIT wraz z wygenerowanym Numerem dokumentu zgodnym z identyfikatorem dokumentu UPO,
- zaświadczenie z Urzędu Skarbowego potwierdzającego fakt złożenia zeznania za rok ubiegły o wysokości osiągniętego dochodu/ poniesionej straty ze wskazaniem Miasta Sochaczew, jako miejsca zamieszkania,
- zaświadczenie z Urzędu Skarbowego potwierdzającego fakt niezłożenia zeznania podatkowego ze względu na nieosiągnięcie dochodu za rok ubiegły, z jednoczesną informacją o zarejestrowaniu w Urzędzie Skarbowym w Sochaczewie ze wskazaniem Miasta Sochaczew, jako miejsca zamieszkania i ew. rozliczaniu podatku w latach ubiegłych.

** właściwie zaznaczyć wstawiając znak „X”.

Ja niżej podpisała/y świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że:

1. Dane zawarte we wniosku oraz złożone oświadczenia są zgodne z prawdą, dane podaję dobrowolnie i jestem świadoma/-y, że bez ich podania nie jest możliwe skorzystanie z Programu „Sochaczew Honorowym Dawcom Krwi”.
2. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.
3. Zapoznałam/tem się z Regulaminem Programu „Sochaczew Honorowym Dawcom Krwi”.
4. Na dzień składania niniejszego wniosku nie zalegam z opłacaniem należności na rzecz Miasta Sochaczew, w tym podatków i opłat wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów oraz przepisów prawa miejscowego.

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Burmistrza Miasta Sochaczew, z siedzibą w Sochaczewie, ul. 1 Maja 16, 96-500 Sochaczew w celu wydawania i personalizacji Sochaczewskiej Karty Mieszkańca.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Sochaczew, z siedzibą w Sochaczewie, ul. 1 Maja 16, 96-500 Sochaczew. Dane kontaktowe: Urząd Miasta Sochaczew z siedzibą w Sochaczewie, ul. 1 Maja 16, 96-500 Sochaczew, tel.: +48 (46) 862 22 35, e-mail: sekretariat@sochaczew.pl

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Administratorem Bezpieczeństwa Informacji za pomocą tel.: +48 (46) 862 22 35 wew. 309 lub adresu e-mail: oin@sochaczew.pl

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest umożliwieniem wydawania i personalizacji Sochaczewskiej Karty Mieszkańca, wydawanej w ramach Programu „Sochaczew Honorowym Dawcom Krwi” wprowadzonego Uchwałą Nr X/83/15 Rady Miejskiej w Sochaczewie z dnia 21.09.2015 roku z późniejszymi zmianami. Poprzez złożenie niniejszego wniosku wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych w podanym we wniosku zakresie oraz w zakresie rodzaju ulg i zniżek, z jakich będzie Pani/Pan korzystał.

Prawnie uzasadniony interes:

Prawnie uzasadnionym interesem, na który powołuje się administrator danych jest konieczność wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Mieście Sochaczew, tj. realizacja uchwały Rady Miejskiej w Sochaczewie. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez Burmistrza Miasta Sochaczew przyjmującego i rozpatrującego wnioski o wydanie karty/ nadanie uprawnień w ramach Programu „Sochaczew Honorowym Dawcom Krwi” oraz wprowadzającego dane osobowe do systemu teleinformatycznego służącego do realizacji uchwały ws. przyjęcia ww. Programu, w celu zbierania i tworzenia dokumentacji dotyczącej korzystania z uprawnień wynikających z uchwały oraz jej archiwizacji.

Okres przechowywania danych osobowych:

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Prawo dostępu do danych osobowych:

Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora danych dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce zwykłego pobytu lub pracy, lub ze względu na miejsce domniemanego naruszenia RODO Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Konsekwencje niepodania danych osobowych:

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem wydania i personalizacji Sochaczewskiej Karty Mieszkańca, a ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wydawania przedmiotowej Karty.

Odbiorcy danych:

Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane podmiotom przetwarzającym w celu: umożliwienia wydawania i personalizacji Sochaczewskiej Karty Mieszkańca, świadczenia usług Posiadaczom Kart, w zakresie: ochrony i promocji zdrowia, transportu publicznego, kulturalno - oświatowych, rekreacji i kultury fizycznej.

Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Podanie przez Panią /Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu wydania Sochaczewskiej Karty Mieszkańca.

- Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na informowanie mnie o dodatkowych możliwościach wynikających z działań realizowanych przez Miasto Sochaczew na rzecz mieszkańców Miasta Sochaczew. ***

*** właściwie zaznaczyć wstawiając znak „X”.

CZĘŚĆ V. – UPOWAŻNIENIE:

Ja niżej podpisany/-a upoważniam Pana/Panią
legitymującego/-ą się dowodem osobistym seria nr zamieszkałego/-ą
..... do odbioru karty / nadanych uprawnień w moim imieniu.

.....
Miejscowość / Data (dd/ mm/ rrrr)

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

WYPEŁNIA URZĄD MIASTA (PO ZŁOŻENIU WNIOSKU)

Dane zawarte we wniosku są / nie są zgodne z danymi Urzędu Miasta w Sochaczewie (* wypełnia odpowiednia KO Urzędu)

*	*	*	*
---	---	---	---

KARTĘ WYDANO / UPRAWNIENIA NADANO:

RODZAJ UPRAWNIEŃ		NUMER KARTY		DATA WAŻNOŚCI UPRAWNIEŃ	
------------------	--	-------------	--	-------------------------	--

Kwituję odbiór wyżej wymienionej karty/nadanych uprawnień w ramach Programu „Sochaczew Honorowym Dawcom Krwi” i potwierdzam zgodność danych z danymi zawartymi we wniosku:

.....
Miejscowość / Data (dd/ mm/ rrrr)

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej