

OŚWIADCZENIE

dla potrzeb ustalenia ustawodawstwa właściwego do wypłaty świadczeń rodzinnych i/lub świadczenia wychowawczego

(w przypadku przemieszczania się członków rodziny w granicach państw UE, EOG lub Szwajcarii)

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko:

Adres zameldowania:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL:

Stan cywilny:

Tel.:

E-mail:

(proszę o zaznaczenie)

zamieszkuję w Polsce

zamieszkuję poza granicami Polski w (wymień kraj) od __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)

PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ZAMIESZKUJE PAN/PANI W POLSCE:

CZY W OKRESIE ZAMIESZKIWANIA I/LUB WYKONYWANIA PRACY PRZEZ RODZICA DZIECKA/DZIECI LUB CZŁONKA PANA/PANI RODZINY POZA GRANICAMI POLSKI JEST PAN/PANI AKTYWNY/A ZAWODOWO W POLSCE, tj. czy są za Pana/Panią opłacane składki na ubezpieczenia społeczne ?

(proszę o zaznaczenie)

nie jestem aktywny/a zawodowo w Polsce

<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna <u>niezarejestrowana</u> w Urzędzie Pracy od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <u>bez prawa do świadczeń</u> z tytułu bezrobocia od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobieram emeryturę lub rentę uzyskaną w Polsce od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobierałem/am zasiłek chorobowy* lub świadczenie rehabilitacyjne* przysługujące po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w okresach od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) *) niepotrzebne skreślić

jestem aktywny/a zawodowo w Polsce jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny w Polsce w okresach od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim bądź wychowawczym od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek w Polsce od dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/____ (dzień-miesiąc-rok)

<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane w Polsce od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczenia rolników KRUS od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)

**PROSZĘ O DOŁĄCZENIE DOKUMENTU/ÓW (np. zaświadczenie pracodawcy lub KRUS, kopia umowy o pracę, decyzja PUP itp.)
POTWIERDZAJĄCYCH PRAWDZIWOŚĆ PODANYCH OKOLICZNOŚCI.**

PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ZAMIESZKUJE PAN/PANI POZA GRANICAMI POLSKI:

(proszę o zaznaczenie)

nie jestem aktywny/a zawodowo poza granicami Polski

<input type="checkbox"/>	pobieram emeryturę lub rentę uzyskaną w którymś z państw członkowskich od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

jestem aktywny/a zawodowo poza granicami Polski w (wymień kraj) jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny zatrudniony przez pracodawcę państwa członkowskiego, w którym wykonywana jest praca w okresach od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) Nazwa i adres pracodawcy: <u>Z tytułu wykonywania pracy poza granicami kraju składki na ubezpieczenia społeczne:</u> <u>(PONIŻSZE POLA DOTYCZĄ JEDYNIĘ PRACOWNIKÓW ODDELEGOWANYCH)</u> <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) <u>Z tytułu prowadzenie działalności gospodarczej składki na ubezpieczenia społeczne:</u> <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane przez inne państwo członkowskie od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)

<input type="checkbox"/>	inne świadczenia (zasilek chorobowy*, zasilek dla osób poszukujących pracy*, zasilek macierzyński* i/lub rodzicielski*, inne, jakie.....) od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) *) niepotrzebne skreślić
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE DRUGIEGO Z RODZICÓW DZIECKA/DZIECI:

Imię i nazwisko ojca/matki dziecka/dzieci:PESEL

Ostatni adres zameldowania w Polsce:.....

Ostatni adres zamieszkania w Polsce:.....

(proszę o zaznaczenie)

nie posiadam informacji o miejscu zamieszkania ojca/matki dziecka/dzieci

zamieszkuje w Polsce

pod adresem :

zamieszkuje poza granicami Polski w (wymień kraj) od(dzień-miesiąc-rok)

pod adresem :

PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY DRUGI Z RODZICÓW ZAMIESZKUJE W POLSCE:

CZY W OKRESIE ZAMIESZKIWANIA I/LUB WYKONYWANIA PRACY PRZEZ OJCA/MATKĘ DZIECI LUB CZŁONKA PANA/PANI RODZINY POZA GRANICAMI POLSKI DRUGI Z RODZICÓW JEST AKTYWNY ZAWODOWO W POLSCE, tj. czy są za niego opłacane składki na ubezpieczenia społeczne ?

(proszę o zaznaczenie)

nie posiadam informacji o aktywności zawodowej ojca/matki dziecka/dzieci nie jest aktywny/a zawodowo w Polsce

<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna <u>nie zarejestrowana</u> w Urzędzie Pracy od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <u>bez prawa do świadczeń</u> z tytułu bezrobocia od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobiera emeryturę lub rentę uzyskaną w Polsce od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobierał/a zasilek chorobowy* lub świadczenie rehabilitacyjne* przysługujące po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w okresach od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) *) niepotrzebne skreślić

jest aktywny/a zawodowo w Polsce jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny w Polsce w okresach od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim bądź wychowawczym od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek w Polsce od dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) do dnia __/__/__ (dzień-miesiąc-rok)

<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane w Polsce od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczenia rolników KRUS od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)

**PROSZĘ O DOŁĄCZENIE DOKUMENTU/ÓW (np. zaświadczenie pracodawcy lub KRUS, kopia umowy o pracę, decyzja PUP itp.)
POTWIERDZAJĄCYCH PRAWDZIWOŚĆ PODANYCH OKOLICZNOŚCI.**

**PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY DRUGI Z RODZICÓW ZAMIESZKUJE POZA GRANICAMI
POLSKI:**

(proszę o zaznaczenie)

nie jest aktywny/a zawodowo poza granicami Polski

<input type="checkbox"/>	pobiera emeryturę lub rentę uzyskaną w którymś z państw członkowskich od dnia ___/___/___ (dzieńmiesiąc- rok)
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

jest aktywny/a zawodowo poza granicami Polski w ___/___/___ (wymień kraj) jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny zatrudniony przez pracodawcę państwa członkowskiego, w którym wykonywana jest praca w okresach od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) Nazwa i adres pracodawcy: <u>Z tytułu wykonywania pracy poza granicami kraju składki na ubezpieczenia społeczne:</u> <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) <u>Z tytułu prowadzenie działalności gospodarczej składki na ubezpieczenia społeczne:</u> <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane przez inne państwo członkowskie od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)

<input type="checkbox"/>	inne świadczenia (zasitek chorobowy*, zasitek dla osób poszukujących pracy*, zasitek macierzyński* i/lub rodzicielski*, inne, jakie.....) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) od dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) do dnia ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok) *) niepotrzebne skreślić
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA/DZIECI:

Dziecko/dzieci

a) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

b) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

c) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

d) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

mieszka/mieszkają: (proszę o zaznaczenie)

w Polsce

w innym kraju (jakim) od ___/___/___ (dzień-miesiąc-rok)

wraz z matką* / z ojcem*/ z inną osobą* (proszę wskazać stopień pokrewieństwa z dzieckiem)tj.:

z Panią*/Panem*

pod adresem :

***) niepotrzebne skreślić**

(proszę o zaznaczenie)

W Polsce nie były wypłacane świadczenia rodzinne / świadczenie wychowawcze na dziecko / dzieci W Polsce

były wypłacane świadczenia rodzinne / świadczenie wychowawcze na dziecko / dzieci:

.....
(wpisać który ośrodek wypłaca/ł świadczenia)

.....
(wpisać dane wnioskowany)

INFORMACJE DOTYCZĄCE CZŁONKA RODZINY (RODZICA) PRZEBYWAJĄCEGO POZA GRANICAMI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ:

Numer zagranicznego ubezpieczenia społecznego

Czy został złożony wniosek o zagraniczne świadczenia rodzinne ?

(proszę o zaznaczenie)

nie

tak

w okresie od __/__/__ (dzień-miesiąc-rok) Pan/Pani.....pobierał/a

świadczenia rodzinne w (wymień kraj)

na dziecko w wysokości(podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki) na

dziecko w wysokości(podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki) na

dziecko w wysokości(podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki) na

dziecko w wysokości(podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

(podać nazwę i adres instytucji, w której został złożony wniosek oraz numer sprawy w instytucji zagranicznej)

SKŁAD RODZINY:

Proszę wypisać poniżej wszystkich członków rodziny, z którymi prowadzi Pani/Pan wspólne gospodarstwo domowe (**imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa**). W szczególności w skład rodziny wchodzi:

- wnioskodawca,
- dziecko/ dzieci, na które są wnioskowane świadczenia,
- dziecko/dzieci w wieku do ukończenia 25 r. życia, na które nie zostały złożone wnioski o świadczenia, ale które pozostają na Pani/ Pana utrzymaniu,
- dziecko/dzieci, które ukończyło 25. rok życia, legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna,
- małżonek / drugi rodzic / konkubent (w przypadku wychowywania wspólnego dziecka) - opiekun faktyczny dziecka,

Do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

1)
(imię i nazwisko) (PESEL) (stopień pokrewieństwa)

2)
(imię i nazwisko) (PESEL) (stopień pokrewieństwa)

3)
(imię i nazwisko) (PESEL) (stopień pokrewieństwa)

4)
(imię i nazwisko) (PESEL) (stopień pokrewieństwa)

5)
(imię i nazwisko) (PESEL) (stopień pokrewieństwa)

6)
(imię i nazwisko) (PESEL) (stopień pokrewieństwa)

Dodatkowe informacje (np.: data rozwodu, data zawarcia związku małżeńskiego):

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Klauzula odpowiedzialności karnej

POUCZENIE

Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 ze zm.):

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.

§ 4. Kto, jako biegły, rzeczoznawca lub tłumacz, przedstawia fałszywą opinię, ekspertyzę lub tłumaczenie mające służyć za dowód w postępowaniu określonym w § 1, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 4 działa nieumyślnie, narażając na istotną szkodę interes publiczny, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 5. Sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia, jeżeli:

- 1) fałszywe zeznanie, opinia, ekspertyza lub tłumaczenie dotyczy okoliczności niemogących mieć wpływu na rozstrzygnięcie sprawy,
- 2) sprawca dobrowolnie sprostuje fałszywe zeznanie, opinię, ekspertyzę lub tłumaczenie, zanim nastąpi, chociażby nieprawomocne, rozstrzygnięcie sprawy.

§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Wojewoda Łódzki. Siedzibą Wojewody Łódzkiego jest Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi ul. Piotrkowska 104, 90-926 Łódź. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: /42/ 664-10-00; adresu e-mail: kancelaria@lodz.uw.gov.pl; skrytki ePUAP: /lodzuw/skrytka.

2. W sprawach związanych z danymi osobowymi należy kontaktować się z Inspektorem ochrony danych poprzez adres e-mail: iod@lodz.uw.gov.pl.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia) oraz wykonywania przez Administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia) - prowadzenie sprawy i rozpatrzenie wniosku na podstawie przepisu art. 21 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2022 r. poz. 615 ze zm.) oraz art. 11 ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz.U. z 2022 r. poz. 1577).

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:

- 4.1. podmioty upoważnione do odbioru Państwa danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
- 4.2. podmioty, które przetwarzają Państwa dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu, jednak nie dłużej niż przez wymagany przepisami prawa okres archiwizacji zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z Jednolitego rzeczowego wykazu akt organów zespolonej administracji rządowej w województwie i urzędów obsługujących te organy.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Państwu:
 - 6.1. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - 6.2. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - 6.3. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - 6.4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - 6.5. prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
 - 6.6. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.(Uwaga: realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych).
7. W przypadku, w którym przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Państwu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest:
 - 9.1. obowiązkowe, jeżeli wynika z przepisów prawa i jest warunkiem załatwienia sprawy w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim w Łodzi;
 - 9.2. dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie zgody, jednak jest niezbędne do załatwienia sprawy w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim w Łodzi.
10. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.