OŚWIADCZENIE O DOCHODACH KANDYDATA

Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Autyzmem „Odzyskać Więzi”

Program PFRON „**Wsparcie mieszkańców Wspomaganych Społeczności Mieszkaniowych”**

INSTRUKCJA: Nie zostawiać pustych pól, jeśli nie dotyczy, wpisać “nie dotyczy”

I. DANE KANDYDATA

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	

II. ŹRÓDŁA DOCHODÓW

Oświadczam, że kandydat uzyskuje następujące miesięczne dochody netto. Należy wykazać wszystkie źródła; w razie braku dochodu wpisać „nie dotyczy”.

Źródło dochodu	Kwota miesięczna netto (zł)
Renta socjalna	
Renta z tytułu niezdolności do pracy	
Świadczenie wspierające	
Zasiłek pielęgnacyjny	
Świadczenie pielęgnacyjne (jeśli stanowi dochód kandydata)	
Dochody z zatrudnienia	
Inne świadczenia / dochody (jakie?)	
Inne świadczenia / dochody (jakie?)	
RAZEM	

Miesiąc i rok, którego dotyczą podane kwoty: _____

III. OŚWIADCZENIE I PODPIS

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z moją aktualną wiedzą i stanem faktycznym.

Miejscowość i data	Czytelny podpis kandydata / uprawnionego przedstawiciela

Imię i nazwisko osoby podpisującej oraz podstawa reprezentacji (jeśli dotyczy): _____

OŚWIADCZENIE O MOŻLIWOŚCI ZAMIESZKANIA PO OPUSZCZENIU WSM

Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Autyzmem „Odzyskać Więzi”

Program PFRON „Wsparcie mieszkańców Wspomaganych Społeczności Mieszkaniowych”

I. DANE KANDYDATA

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	

II. WSKAZANIE LOKALU

W przypadku zakończenia zamieszkiwania w WSM „Przystań” wskazuję następujący lokal jako możliwe miejsce dalszego zamieszkania kandydata:

Adres lokalu	
Osoba dysponująca lokalem	
Tytuł prawny do lokalu (jeżeli znany)	
Telefon kontaktowy (jeżeli udostępniony)	

Podstawa możliwości zamieszkania:

☐ własność kandydata ☐ zgoda osoby dysponującej lokalem ☐ inna: _____

Czy osoba dysponująca lokalem potwierdziła możliwość zamieszkania? ☐ TAK * (☐ NIE

Wskazanie lokalu nie stanowi samo w sobie zobowiązania osoby trzeciej do udostępnienia lokalu.

III. OŚWIADCZENIE I PODPIS

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z moją aktualną wiedzą i stanem faktycznym.

Miejscowość i data	Czytelny podpis kandydata / uprawnionego przedstawiciela

Imię i nazwisko osoby podpisującej oraz podstawa reprezentacji (jeśli dotyczy):

_____

* Oświadczenie osoby dysponującej lokalem: potrzebne po zakwalifikowaniu się kandydata do WSM “Przystań”

Załącznik nr 10 do Regulaminu rekrutacji

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KLAUZULI INFORMACYJNEJ RODO

Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Autyzmem „Odzyskać Więzi”

I. DANE KANDYDATA

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	

II. POTWIERDZENIE

Potwierdzam otrzymanie klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z rekrutacją do WSM „Przystań”, prowadzonej przez Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Autyzmem „Odzyskać Więzi”.

☐ Klauzulę otrzymał kandydat.

☐ Klauzulę otrzymał uprawniony przedstawiciel kandydata.

Data przekazania klauzuli: _____

Niniejszy dokument potwierdza przekazanie informacji; nie jest zgodą na przetwarzanie danych osobowych.

III. PODPIS

Miejscowość i data	Czytelny podpis kandydata / uprawnionego przedstawiciela

Imię i nazwisko osoby podpisującej oraz podstawa reprezentacji (jeśli dotyczy):

_____

Uwaga: do tego potwierdzenia należy dołączyć właściwą klauzulę informacyjną administratora danych.