# Klauzula informacyjna - Dodatek osłonowy

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2), dalej zwane RODO, informuję, iż:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w 44-230 Czerwionka-Leszczyny, ul. 3 Maja 36B, tel. [+48 32 43 12 039](tel:+48324312039).
2. Kontakt do inspektora ochrony danych w Ośrodku Pomocy Społecznej: [iod@opsczerwionka.pl](mailto:iod@opsczerwionka.pl), tel. [+48 575 515 035](tel:+48575515035) lub pisemnie na adres siedziby wskazany w punkcie 1.
3. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających Ustawy z dnia 17 grudnia 2021 roku o dodatku osłonowym (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 759 z późn. zm.), zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i e) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO.
4. Pani / Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa oraz podwykonawcom na podstawie zawartych z nimi umów powierzenia, nie będą oni jednak mogli wykorzystywać tych danych dla własnych celów.
5. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 pełnych lat, co zostało określone przepisami prawa.
6. Posiada Pani / Pan prawo dostępu do treści swoich danych ich sprostowania, żądania ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
7. Ma Pani / Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO gdy uzna Pani / Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa, konsekwencją odmówienia podania danych osobowych w wymaganym zakresie będzie niemożność ustalenia prawa do świadczeń.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(data i podpis)