**Zachodniopomorska Karta Seniora**

12.04.2018

Zachodniopomorska Karta Rodziny oraz Karta Seniora

[](http://www.kamienpomorski.pl/sites/default/files/field/image/karta_seniora_1.jpg)[1]

W lutym br. Gmina Przybiernów podpisała Porozumie Partnerskie z Województwem Zachodniopomorskim dotyczące współdziałania, którego celem jest realizacja zadań pn. Zachodniopomorska Karta Seniora.

Wsparciem objęte są osoby starsze, które będą mogły skorzystać na preferencyjnych warunkach z katalogu ofert: kultury, edukacji, rekreacji, transportu i usług.

**O wydanie Zachodniopomorskiej Karty Seniora mogą ubiegać się osoby, które ukończyły** **60 rok życia**

Celem wprowadzenia Zachodniopomorskiej Karty Seniora jest:

1. promowanie wartości wieku dojrzałego, poprzez włączanie osób 60+ w aktywność społeczną;
2. wspieranie seniorów w regionie, w tym wzmocnienie ich kondycji finansowej;
3. zachęcanie osób 60+ do korzystania z dóbr kultury i innych na terenie województwa zachodniopomorskiego

Karta wydawana jest na czas nieokreślony, bezpłatnie.

Zapraszamy Państwa do zapoznania się z katalogiem ulg i zniżek dostępnych dla posiadaczy Zachodniopomorskiej Karty Rodziny i Zachodniopomorskiej Karty Seniora, które znajdują się poniżej w formie pliku do pobrania.

Bliższych informacji można uzyskać w Urzędzie Gminy w Przybiernowie pok. nr 7 lub pod nr telefonu 91 4667555 lub 91 4186454.

**!**

 Informacje dostępne są również na stronie [rodzina.wzp.pl](http://rodzina.wzp.pl/)

**Data wpływu do Urzędu Gminy w Przybiernowie**

…………………..., dnia ……………

………………………………………………….

(IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY)

………………………………………………

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

…………………………….….…….…..…..

(kod pocztowy, nazwa miejscowości)

…………………………

(numer telefonu)

W N I O S E K

o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Seniora

Wnoszę o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Seniora

Proszę zaznaczyć odpowiednio:

□ Nowej Karty □ duplikatu Karty

…………………………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, PESEL Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH.**

W związku z przystąpieniem do Programu Zachodniopomorska Karta Seniorarealizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny, przyjętego Uchwałą Nr XXXVIII/517/14 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego   
w dniu 30 września 2014 r., przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem moich danych osobowych jest Województwo Zachodniopomorskie z siedzibą: Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin;
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 1 lub art. 27 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.);
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu Zachodniopomorska Karta Seniora;
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania ……………………………………...….. /wstawić dane teleadresowe GMINY;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna   
   z brakiem możliwości przystąpienia do Programu i otrzymania Karty;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych   
w zakresie określonym w niniejszym wniosku dla celów związanych z realizacją Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny i dla potrzeb wydania Karty/Kart.

………………………………………………………………………………

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE

…………………………………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

**Miejsce na potwierdzenie przez urząd gminy**

**danych zawartych we wniosku**

**Potwierdzam zgodność danych   
(miejsce zamieszkania, PESEL),   
zawartych we wniosku o Zachodniopomorską Kartę Seniora**

**Potwierdzam spełnienie warunków do wydania ww. osobie**

**Zachodniopomorskiej Karty Seniora**

**………………….. ………………………………. …………………………..**

**data podpis pracownika pieczęć urzędu**

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Dane zawarte we wniosku oraz oświadczenia są zgodne z prawdą,   
   i stanem faktycznym na dzień składania wniosku – w związku z tym jestem świadomy / a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku;
2. Zapoznałem się/zapoznałam się w warunkami otrzymania Karty oraz z zapisami Regulaminu Zachodniopomorskiej Karty Seniora.
3. Zostałam poinformowana / zostałem poinformowany, że Karta ma charakter osobisty i nie może być użyczana, bądź odstępowana nieuprawnionym osobom.

……….…………………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

Wnoszę o następującą formę odbioru Karty: (właściwe zaznaczyć **X**)

listownie na adres wskazany w niniejszym wniosku

osobiście w siedzibie Urzędu, w którym składam niniejszy wniosek.