

Adatkezelési nyilatkozat
a Motiváció Alapítvány Támogató Szolgálatának
igénybevételéhez

Alulírott ellátott / törvényes képviselő tudomásul veszem, hogy a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 20. § (2) és (4) bekezdése alapján – a támogató szolgáltatás nyújtásával összefüggően – az intézmény nyilvántartja alábbi személyes adataimat, illetőleg az általam képviselt személy személyes adatait:

- a) természetes személyazonosító adatok és Társadalombiztosítási Azonosító Jel,
- b) telefonszám, lakó- és tartózkodási hely, értesítési cím,
- c) állampolgárság, bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállás, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat,
- d) cselekvőképességre vonatkozó adat,
- e) a törvényes képviselőnek, a kérelmező megnevezett hozzátartozójának, továbbá tartós bentlakásos intézményi ellátás esetében a kérelmező nagykorú gyermekének neve, születési neve, telefonszáma, lakó- és tartózkodási helye vagy értesítési címe,
- f) a kérelem előterjesztésének vagy a beutaló határozat megküldésének időpontja,
- g) soron kívüli ellátásra vonatkozó igény.

A szolgáltató, intézmény vezetője a szolgáltatás megkezdésekor a fentiek szerinti adatokat kiegészíti az alábbi adatokkal:

- a) az ellátás megkezdésének és megszüntetésének dátuma, az ellátás megszüntetésének módja, oka,
- b) a jogosultsági feltételekre és az azokban bekövetkezett változásokra vonatkozó adatok, különösen a szociális rászorultság fennállása, a rászorultságot megalapozó körülményekre vonatkozó adatok.

A fentiekén túl – tudomásul veszem, hogy az Szt. 20. § (2a.) bekezdése alapján a fenntartó a szociális szolgáltatások területi lefedettségének megállapítása érdekében a hónap első napján az általa fenntartott szociális szolgáltatóknál, intézményeknél nyilvántartásban lévő kérelmezők Társadalombiztosítási Azonosító Jelét minden hónap ötödik napjáig megküldi a kincstárnak.

A fenti adatok, s ez által a szolgáltatásra való jogosultság ellenőrizhetősége érdekében tudomásul veszem, hogy az ellátásba vételhez szükséges személyes dokumentumaimról (orvosi igazolás, szakvélemény, jövedelemigazolás, hatósági bizonyítvány stb.) az intézmény másolatot készít.

Budapest,

.....

Az ellátást igénybe vevő **(törvényes képviselő)** aláírása: