



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

INFORMACJE NA TEMAT WNIOSKOWANEGO ZAKRESU USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO:

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

II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROGRAMU (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

.....

Telefon:..... E-mail:.....

III. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego)

* Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć:

kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo

orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych, lub

w przypadku dzieci do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

IV. DOBROWOLNE OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ ADMINISTRATORA: Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Programie Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021, ale braku możliwości uruchomienia usługi z powodu zbyt dużej ilości zgłoszeń **wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021, w celu wpisania mnie na listę osób oczekujących na objęcie usługą**, a tym samym na dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, jednak nie dłużej niż do dnia 01.12.2021 r.

.....
Wyrażam zgodę – data, podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

.....
Cofam zgodę – data, podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

POTWIERDZAM UPRAWNIENIE DO KORZYSTANIA Z USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem 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) zwane dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód.
2. Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie wyznaczył inspektora ochrony danych, którym jest pan Krzysztof Pukaczewski, e-mail: pukaczewski@hotmail.com.
3. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie prawnej: art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym celem przyznania i realizacji wsparcia w ramach programu rządowego finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021.
4. Odbiorcami Pani / Pana danych będą instytucje upoważnione z mocy prawa. Dane mogą zostać także udostępnione w celach kontrolnych oraz sprawozdawczych: Wielkopolskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu w Poznaniu oraz Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej, a także naszym pracownikom upoważnionym przez Administratora do podejmowania czynności w ramach obsługi niniejszego Programu.



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

5. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat, liczone od roku, po którym zrealizowano Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021.
6. Posiada Pani / Pan na zasadach art. 15-21 RODO prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Posiada Pani / Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna Pani / Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani / Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych wskazanych w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” stanowi warunek uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”. Niepodanie danych osobowych spowoduje brak możliwości uczestnictwa w ww. Programie.
9. Informujemy, że przetwarzanie danych nie odbywa się w sposób zautomatyzowany, Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.