



Rybnik



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania

Telefon:

E-mail:

Stopień niepełnosprawności: znaczny umiarkowany*

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

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

II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Telefon:

E-mail:

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

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

.....
Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

**Załącznik nr.1 do Karty zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020**

I. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że ja niżej podpisany/a.....
legitymujący/a się dowodem osobistym (innym dokumentem) seria i numer:

.....

1. Składam kartę zgłoszenia do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 20129-2020.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osób wskazanych w karcie zgłoszenia, przez *Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Żużłowa 25, 44-200 Rybnik*, dla celów związanych z procedowaniem przewidzianym w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020. Jednocześnie wyrażam zgodę na przesyłanie przez *Administradora*, na mój adres e-mail lub wykorzystanie mojego nr telefonu w celu informacji dotyczących realizacji wniosku.
3. Oświadczam, iż zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną przekazaną zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zwanego RODO.

II. KLAUZULA INFORMACYJNA - ART. 13 RODO

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1) informuję, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Rybniku, przy Żużłowej 25, 44-200 Rybnik, adres e-mail: ops@opsrybnik.pl (dalej jako „ADO”).
2. ADO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w osobie: Wacław Knura, z którym można się skontaktować pod adresem ul. Żużłowa 25, 44-200 Rybnik, adresem mailowym: iod@opsrybnik.pol.pl.pl.
3. Dane osobowe w zakresie imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, telefonu, adresu e-mail, daty urodzenia, stopnia niepełnosprawności, stanu zdrowia, danych opiekuna prawnego zostały pozyskane bezpośrednio od osoby składającej kartę zgłoszenia.
4. Dane osobowe wnioskodawcy i wszystkich osób wymienionych w powyższym dokumencie przetwarzane będą w celu otrzymania wsparcia asystenta osoby niepełnosprawnej w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020, który jest współfinansowany z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
5. Odbiorcą danych osobowych będą: Dyrektor OPS w Rybniku, personel obsługujący, osoby upoważnione, Urząd Miasta w Rybniku, inne podmioty przewidziane w przepisach szczególnych.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Instrukcją kancelaryjną Administratora.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, prawo do żądania poprawienia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania tych danych, prawo do przenoszenia danych.
8. Z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko przetwarzaniu danych, ponieważ jest Pan/Pani uprawniona do wniesienia sprzeciwu, gdy przetwarzane dane wykorzystywane są do celów innych niż wskazane lub wynika to z przepisów szczególnych.

9. W dowolnym momencie ma Pan/Pani prawo cofnąć udzieloną zgodę, co pozostanie jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność uzyskania wsparcia w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020.
12. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

III. OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1. kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy. (Art. 233 § 1 kk : kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8).

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis czytelny