



**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej 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;

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

**Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

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

**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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

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

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*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 wskazaniem: 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.

## **Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 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 2016.119.1, (dalej RODO) informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żninie z siedzibą przy ulicy 700-lecia 36, 88-400 Żnin, tel.: (52) 30 32 910, e-mail: kontakt@mops.gminaznin.pl
2. W każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: inspektor@mops.gminaznin.pl
3. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe w oparciu o Pani/Pana dobrowolną zgodę, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia w zakresie uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c), art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia, w zakresie realizacji przez Administratora ciężących na nim obowiązków prawnych, w tym rozliczania programu oraz archiwizacji.
4. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego z przepisów prawa, w tym:
  - a) Ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787);
  - b) Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713 z późn. zm.);
  - c) Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.
5. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego i organizacji międzynarodowej.
7. Państwa dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż w okresie wynikającym z przepisów prawa.
8. Posiadają Państwo prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
9. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a mają Państwo prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Zarówno wyrażenie zgody, jak i jej cofnięcie musi być udokumentowane w formie pisemnej.
10. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale jest warunkiem udzielenia świadczeń, o które Państwo wnioskują.
11. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
12. Państwa dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

**Oświadczam, że zapoznałam/łem się z ww. klauzulą informacyjną w sprawie przetwarzania danych osobowych**

Miejscowość ....., data .....

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