ZAŁĄCZNIK NR 1:

***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 2021należy 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.

ZAŁĄCZNIK NR 2:

***KLAUZULA INFORMACYJNA RODO***

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE informuję, że:

* Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Stryszawie mający siedzibę pod adresem 34-205 Stryszawa 18 reprezentowany przez Kierownika – p. Irenę Hutniczak.
* Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem poczty elektronicznej: [iod@stryszawa.pl](mailto:iod@stryszawa.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora.
* Dane osobowe będą przetwarzane w celach realizacji świadczeń związanych z wykonywaniem usługi wsparcia w ramach Programu: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, realizacji obowiązków wynikających z podpisanej umowy w sprawie finansowania zadania ze środków Funduszu Solidarnościowego, rozliczania otrzymanych środków a także realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. Dane osobowe będą również przetwarzane w celach archiwalnych i kontrolnych zgodnie z ustawą z dnia 02 stycznia 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Brak zgody na przetwarzanie danych osobowych będzie skutkować brakiem możliwości podjęcia czynności urzędowych związanych z realizacją Programu: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.
* Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich, będą udostępnione uprawnionym na podstawie przepisów prawa odbiorcom.
* Przekazane dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także przenoszenia danych i wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych mającego siedzibę pod adresem: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.

Więcej informacji można uzyskać bezpośrednio w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stryszawie lub bezpośrednio u pracownika pozyskującego dane osobowe.

………………………………………………….

(Miejscowość, data, podpis osoby)

ZAŁĄCZNIK NR 3:

***ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH***

Zgodnie z 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stryszawie mający swoją siedzibę pod adresem 34-205 Stryszawa 18 reprezentowany przez Kierownika –p. Irenę Hutniczak. Oświadczam, że swoje dane osobowe podaję dobrowolnie i zapewniam, że są zgodne z prawdą. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym również przysługujących mi prawach a zwłaszcza prawie dostępu do treści moich danych osobowych, ich poprawiania czy usunięcia.

………………………………………………….

(Miejscowość, data, podpis osoby)