**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu**

**"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego – edycja 2025**

.....................................……………………………………………....................................………………………...

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

..............................................................................…………………………………………………………………..

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

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

telefon kontaktowy

1. **Proszę o podanie stopnia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważnego**

 □ znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną

 □ znaczny

 □ umiarkowany z niepełnosprawnością sprzężoną

 □ umiarkowany

Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

1. **W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia: Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu
o niepełnosprawności: 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?**

 □ TAK

 □ NIE

1. **Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?**

 □ TAK

 **□** NIE

1. **Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2025?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Włoszczowa w związku
z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego – edycja 2025 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)\* lub art. 9 ust. 2 lit.

a)\* 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1).

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

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

miejscowość, data i podpis

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

**(dla osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025)**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1); - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest Ośrodek Pomocy Społecznej we Włoszczowie 29-100 Włoszczowa ul. Partyzantów 14 tel. 41 3943261 e-mail sekretariat@ops-wloszczowa.pl.
	2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
	3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” oraz realizacji obowiązków wynikających z umowy dot. rozliczenia otrzymanych środków finansowych w ramach w/w programu, tj. gdyż jest to niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) oraz gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z ustawą z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, a także - w zakresie danych dotyczących zdrowia - gdyż to przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej, a osoba, której dane dotyczą, jest fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody (art. 9 ust. 2 lit. c RODO) oraz przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą (art. 9 ust. 2 lit. g RODO)”.
	4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora do momentu ustania celowości ich przetwarzania, a następnie przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 25 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
	5. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
	6. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
	7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo do wniesienia sprzeciwu;
5. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
(ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
	1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
	2. Państwa dane osobowe będą przekazywane wyznaczonym osobom, z którymi zawarta została umowa na świadczenie usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w ramach Programu oraz mogą zostać przekazane podmiotom realizującym świadczenie w imieniu Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych, Wojewodzie Świętokrzyskiemu i Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych, a także Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz m.in. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych lub doradztwa prawnego, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.