*WZÓR*

Załącznik nr 8 do *Programu*

*Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

*− edycja 2021*

*WZÓR*

**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. Wybór osoby świadczącej usługi asystenta \*:**

□ Wybrałem/łam samodzielnie asystenta osobistego:

Imię, nazwisko …………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………

E-mail: ……………………………………...............................................

□ Nie wybrałem/łam samodzielnie asystenta osobistego.

**IV. Wnioskowany okres świadczenia usługi ………………………., miesięczna liczba godzin ……………… .**

**V. 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)

\*w przypadku wskazania osoby świadczącej usługę należy wypełnić załącznik do Karty zgłoszenia do programu

|  |
| --- |
|  |

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”:

1. Dane osobowe przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Unii Europejskiej (w szczególności 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 zwanym dalej RODO) i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.

2. Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie, z siedzibą w Krakowie, al. Słowackiego 20, 30-037 Kraków, tel: 12 39-79-564, adres e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl.

3. Administrator powołał Inspektora ochrony danych w osobie Pani Anny Proczek, której dane kontaktowe to:

- numer telefonu: 12-39-79-564

- adres e-mail: ap-pcpr@powiat.krakow.pl

4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu przyznania Wnioskodawcy pomocy w ramach Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

5. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą (zgodnie z art. 6 ust. 1. lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit a RODO) oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 lit. b RODO) na podstawie art. 35a Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 573) oraz art. 7 ust.5 Ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 2192 z późn. zm.).

6. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest możliwe poprzez złożenie do siedziby Administratora pisemnego wniosku o wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

7. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania i rozliczenia dofinansowania oraz przez okres niezbędny do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i regulacji. Kryterium ustalenia tego okresu jest konieczność przechowywania dokumentów zgodnie kategorią archiwalną (B25).

8. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

9. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, a także prawo do przenoszenia swoich danych osobowych.

10. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

11. Odbiorcy danych: podmioty świadczące asystę techniczną elektronicznego systemu obiegu dokumentów oraz podmioty świadczące usługi archiwizacji akt oraz niszczenia dokumentacji archiwalnej.

12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych lub wycofania zgody na ich przetwarzanie jest uniemożliwienie przyznania pomocy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

13. Przy przetwarzaniu danych osobowych Administrator nie stosuje zautomatyzowanego podejmowania decyzji   
i profilowania.

\*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.