

Nr karty (nadaje MOPS)

Nazwa organizacji świadczącej usługę

Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

– edycja 2021*

Wnioskowana ilość godzin w miesiącu (godziny niewykorzystane w danym miesiącu nie przechodzą na następny)

IX X XI XII

I	DANE UCZESTNIKA PROGRAMU	
	imię i nazwisko	
	PESEL	
	data urodzenia	
	adres zamieszkania	
	telefon	
	adres email	
	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym	
<input type="checkbox"/>	wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych	
II	INFORMACJE DOTYCZĄCE OGRANICZEŃ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ LUB PORUSZANIA	
III	INFORMACJE NA TEMAT WNIOSKOWANEGO ZAKRESU USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO	

IV	INFORMACJA NA TEMAT KORZYSTANIA Z USŁUG OPIEKUŃCZYCH, ASYSTENTA OSOBISTEGO, OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ (TAKŻE W INYCH PLACÓWKACH)	
	<input type="checkbox"/> nie korzystam <input type="checkbox"/> korzystam (podać nazwę i adres ośrodka oraz zakres pomocy)	
V	DANE RODZICA, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA UCZESTNIKA PROGRAMU (JEŚLI DOTYCZY)	
	imię i nazwisko	
	adres zamieszkania	
	telefon	
	adres email	
VI	OŚWIADCZENIA	
	<input type="checkbox"/>	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).
	<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.
	Miejscowość Data..... (podpis uczestnika Programu/ rodzica/opiekuna prawnego/pełnomocnika)	
Potwierdzam uprawnienia do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (podpis osoby przyjmującej zgłoszenie – MOPS)		

*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.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA TWOICH DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszą informację otrzymałeś w związku z obowiązkami określonymi w art. 13 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) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 4 maja 2016 r. L 119/1).

Administrator danych	Administratorem Twoich danych osobowych jest Gmina Wrocław z siedzibą we Wrocławiu (dalej: my). Możesz się z nami skontaktować w następujący sposób: - listownie na adres: pl. Nowy Targ 1-8, 50-141 Wrocław - przez e-mail: iod@um.wroc.pl - telefonicznie: 71/777/77/24.
Inspektor Ochrony Danych	Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Jest nim Sebastian Sobiecki. Inspektor to Osoba, z którą możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Twoich danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Ci praw związanych z przetwarzaniem danych. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób: - listownie na adres: ul. G. Zapolskiej 4, 50-032 Wrocław, - przez e-mail: iod@um.wroc.pl, - telefonicznie: +48 71 777 77 24.
Cele przetwarzania danych	Będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe celem realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego – przyznanie usługi na podstawie karty zgłoszenia do programu, monitorowanie realizacji usługi.
Podstawa prawna przetwarzania	Będziemy przetwarzać twoje dane osobowe na podstawie art. 6 ust.1 lit a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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) (tj. przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie udzielonej zgody).
Okres przechowywania danych	Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez 5 lat od stycznia kolejnego roku po zakończeniu Twojej sprawy.
Odbiorcy danych	Twoje dane osobowe będą udostępniane podmiotom, którym powierzyliśmy przetwarzanie danych na podstawie zawartych umów (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, organizacje pozarządowe, które zostały wybrane w drodze otwartego konkursu jako realizatorzy zadania), a także innym podmiotom i instytucjom upoważnionym z mocy prawa, a w szczególności Archiwum Państwowemu Oddział we Wrocławiu.
Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych	Przysługują Ci następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych: <input type="checkbox"/> prawo dostępu do Twoich danych osobowych, <input type="checkbox"/> prawo żądania sprostowania Twoich danych osobowych, <input type="checkbox"/> prawo żądania ograniczenia przetwarzania Twoich danych osobowych. Aby skorzystać z powyższych praw, skontaktuj się z Inspektorem Ochrony Danych (dane kontaktowe powyżej).
Prawo wniesienia skargi do organu	Przysługuje Ci także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podpis osoby
niepełnosprawnej nieubezważasnowolnionej

Czytelny podpis osoby
składającej kartę zgłoszeniową

