



Karta zgłoszenia ASYSTENTA

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

I. Dane kandydata na ASYSTENTA:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Posiadane uprawnienia i umiejętności:

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

Informacje na temat doświadczenia w opiece osób niepełnosprawnych:

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

Dodatkowe informacje (ewentualny czas pracy, prawo jazdy,):

.....
.....

Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Rekrutacyjnego do program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 w gminie Mońki.

.....
Podpis kandydata



Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, 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, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym



Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.



Klauzula informacyjna

w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest *Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mońkach, ul. Wyzwolenia 12, 19-100 Mońki, tel.: +48857162567, e-mail: mops@mops-monki.pl.*
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: *inspektor@mops-monki.pl.*
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. 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, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.



7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Gminę Mońki/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mońkach, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Podlaskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.¹⁾
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat (należy wskazać nazwę gminy/powiatu) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 14 do Programu.



Mońki, dnia

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
.....
(adres)

**Oświadczenie
Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej**

Oświadczam, że nie* jestem członkiem rodziny uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 lub jego opiekuna prawnego Pani/Pana zam.

(Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uważa się rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu).

dnia r.

.....
(podpis czytelny)

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenie

Oświadczam, że posiadam doświadczenia w udzielaniu
(wpisać właściwie –... lat, ... miesięcy)
bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

dnia r.

.....
(podpis czytelny)



Mońki, dnia

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
.....
(adres)

Oświadczenie

Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych, nie zostałam skazany/skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne lub za umyślne przestępstwo skarbowe oraz posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Jednocześnie informuję, że nie figuruję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym*.

dnia r.

.....
(podpis czytelny)

**niepotrzebne skreślić (dotyczy kandydatów na asystenta dla dzieci do 16 roku życia)*



Mońki, dnia

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

1. Dane osobowe

Nazwisko..... Imiona 1. 2.....

Imiona rodziców

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nazwisko rodowe **PESEL**

Telefon komórkowy.....

2. Adres zameldowania

Województwo Powiat Gmina.....

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

3. Adres zamieszkania (wypełnić jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania)

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy)

Nazwa i adres

5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział NFZ

6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

a) Jestem uczniem (studentem), nie mam ukończonych 26 lat i posiadam ważną legitymację szkolną(studencką), której kopie dołączam do niniejszego oświadczenia.*

TAK

NIE

b) Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy na podstawie umowy o pracę.*

TAK

NIE

(wypełnić jeśli zaznaczono odpowiedź „tak”)

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Okres obowiązywania umowy od.....do.....

Z powyższego zatrudnienia osiągam dochód wyższy/równy/niższy* od minimalnego wynagrodzenia.

* właściwe zaznaczyć



Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym z tytułu niniejszej umowy zlecenie (jeżeli uzyskany dochód ze stosunku pracy jest równy lub wyższy od minimalnego wynagrodzenia):*

TAK

NIE

c) Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy na podstawie umowy zlecenie:*

TAK

NIE

(wypełnić jeśli zaznaczono odpowiedź „tak”)

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Okres obowiązywania umowy od.....do.....

Z powyższego zatrudnienia osiągam dochód wyższy/równy/niższy* od minimalnego wynagrodzenia. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym z tytułu niniejszej umowy zlecenie (jeżeli uzyskany dochód ze stosunku pracy jest równy lub wyższy od minimalnego wynagrodzenia):*

TAK

NIE

d) Prowadzę działalność gospodarczą: *

(nazwa i adres firmy).....

TAK

NIE

Z prowadzenia w/w działalności osiągam dochód wyższy/równy/niższy* od minimalnego wynagrodzenia. Czy działalność gospodarcza prowadzona jest na preferencyjnych warunkach

TAK

NIE

Jeżeli odpowiedź „tak” to podać okres obowiązywania od do

e) Mam ustalone prawo do emerytury:*

TAK

NIE

(wypełnić jeśli zaznaczono odpowiedź „tak”)

Numer legitymacji:.....

Decyzja ZUS z dnia..... znak:..... (należy dołączyć kreso decyzji).

f) Mam ustalone prawo do renty:*

TAK

NIE

(wypełnić jeśli zaznaczono odpowiedź „tak”)

Numer legitymacji:.....

Decyzja ZUS z dnia..... znak:..... (należy dołączyć ksero decyzji).

g) Mam orzeczony stopień o niepełnosprawności:*

TAK

NIE

(wypełnić jeśli zaznaczono odpowiedź „tak”)

Rodzaj stopnia niepełnosprawności:.....

*właściwe zaznaczyć



Decyzja ZUS z dnia.....znak:.....(należy dołączyć ksero decyzji).

h) Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu niniejszej umowy zlecenie:*

TAK

NIE

i) Posiadam status osoby bezrobotnej i pobieram zasiłek dla bezrobotnych:*

TAK

NIE

Oświadczam, że wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

dnia r.

.....
(podpis czytelny)

* właściwie zaznaczyć