



Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
 2. Adres:
 3. Telefon kontaktowy:
 4. Data urodzenia:
 5. Status na rynku pracy:
 6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak** / **Nie**
- Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko
7. Grupa/stopień niepełnosprawności:
 8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

Zaznaczyć właściwie	Nr	Rodzaj dysfunkcji
<input type="checkbox"/>	1	dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)
<input type="checkbox"/>	2	dysfunkcja narządu wzroku
<input type="checkbox"/>	3	zaburzenia psychiczne
<input type="checkbox"/>	4	dysfunkcje o podłożu neurologicznym
<input type="checkbox"/>	5	dysfunkcja narządu mowy i słuchu
<input type="checkbox"/>	6	pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną nr:
10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** / **Nie**
11. Czy porusza się Pan(i):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

Poza miejscem zamieszkania

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych



12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – Tak / Nie

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – Tak / Nie

15. Czy Pan(i) wspólnie zamieszkuje:

TAK	NIE	
		W rodzinie (ile osób) w tym:
		<input checked="" type="checkbox"/> z rodzicami (ile osób)
		<input checked="" type="checkbox"/> z małżonkiem
		<input checked="" type="checkbox"/> z dziećmi (ile osób)
		<input checked="" type="checkbox"/> z dziadkami (ile osób)
		<input checked="" type="checkbox"/> z wnukami (ile osób)
		z partnerem
		z innymi osobami spokrewnionymi (ile osób)
		z innymi osobami niespokrewnionymi (ile osób)

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć:

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....



4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

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

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

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

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

Tak	Nie	Rodzaj pomocy
		korzystanie z toalety
		myciu głowy, myciu ciała, kąpeli
		czesanie
		golenie
		wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
		obcinaniu paznokci rąk i nóg
		zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
		zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
		zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
		przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
		słaniu łóżka i zmianie pościeli

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

Tak	Nie	Rodzaj pomocy
		w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
		dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)
		w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
		utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie



		(np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
		pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
		podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
		transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

Tak	Nie	Rodzaj pomocy
		pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
		pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym
		pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
		pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
		asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
		transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

Tak	Nie	Rodzaj pomocy
		obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
		wyjście na spacer
		asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
		załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
		wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
		notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
		pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
		wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
		w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** / **Nie**



IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? Tak / Nie

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form

wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich

korzysta lub dlaczego nie korzysta?

Instytucja	Formy pomocy/wsparcia	Czy jest Pan/i zadowolona z usługi		Czy Pan/i korzysta z formy pomocy/wsparcia		
		TAK	NIE	TAK	NIE	Dlaczego NIE*
MOPS	Zasiłek stały	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Zasiłek okresowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Zasiłek pielęgnacyjny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Program „Posiłek w Szkole i w Domu” na lata 2019-2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Usługi opiekuńcze /specjalistyczne usługi opiekuńcze					
Prywatnie opłacana osoba	Usługi opiekuńcze					
Osoba sprawująca opiekę	Czy jest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Czy pobiera świadczenie pielęgnacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Środowiskowy Dom Samopomocy (ŚDS)	Dzienna forma wsparcia					
Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ)	Dzienna forma wsparcia					
Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy (OREW)	Dzienna forma wsparcia					
Inne formy wsparcia dziennego	Jakie:					
Inne jakie:						

Jeżeli osoba korzystała z danej formy pomocy/wsparcia, a obecnie nie korzysta wpisać **dlaczego nie korzysta. Jeżeli osoba nigdy nie korzystała z danej formy pomocy/wsparcia wpisać „**NIE DOTYCZY**”.*

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

Tak / Nie



Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin:
- b. limitu wykorzystanych godzin:
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane:
.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającym 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.



Mońki, dnia

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego/rodzica*)

.....
(Imię i Nazwisko uczestnika/dziecka niep. *)

.....

.....

(adres)

DEKLARACJA

**Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi
w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024**

Ja, Uczestnik Programu/ opiekun prawny
uczestnika* wskazuje Panią/Pana zam.
..... jako osobę, którą
wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu. *(Jednocześnie akceptuję wybór
ww. Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej dla mojego dziecka)*.*

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej jest przygotowany
do realizacji usług asystencji osobistej.

dnia r.

.....
*(podpis czytelny uczestnika/opiekuna
prawnego/rodzica*)*

**niepotrzebne skreślić*

Oświadczenie

Oświadczam, że wskazany Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan

..... nie zamieszkuje razem z uczestnikiem Programu.

dnia r.

.....
(podpis czytelny)



.....
(Imię i Nazwisko)

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

**Oświadczenie
Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego**

Ja, Uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika
oświadczam, że Pani/Pan zam.
..... nie* jest członkiem mojej rodziny
/ rodziny uczestnika programu w rozumieniu pkt IV, ust. 5 Programu.

(Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).

dnia r.

.....
(podpis czytelny)

*niepotrzebne skreślić



Mońki, dnia

.....
(Imię i Nazwisko)

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

Oświadczenie

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego przez MOPS w Mońkach nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o którym mowa w pkt IV, ust. 10 i 15 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 finansowanych ze środków publicznych.

dnia r.

.....
(podpis czytelny)



Kluczowa informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429.).

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

.....
(podpis czytelny uczestnika/opiekuna prawnego *)



**Kluczowa informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mońkach.**

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 wnioski.
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.

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 15 do Programu.



9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

.....
(podpis czytelny uczestnika/opiekuna prawnego *)