**Załącznik Nr 1**

do regulaminu uczestnictwa w programie

**Powiat Sandomierski/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sandomierzu**

**ul. Mickiewicza 34, Tel 15 644 10 10 wew. 341**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w programie**

**,,POMOC OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM POSZKODOWANYM W WYNIKU ŻYWIOŁU LUB SYTUACJI KRYZYSOWYCH WYWOŁANYCH CHOROBAMI ZAKAŹNYMI”**

**PROGRAM W RAMACH MODUŁU IV**

**FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI**

**OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH-REALIZOWANY W 2021 R. PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W SANDOMIERZU**

**I. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane**  **Beneficjenta** | Imię i nazwisko |  |
| Płeć: | Kobieta Mężczyzna |
| PESEL |  |
| **Dane**  **kontaktowe** | Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| **Dane osobowe  opiekuna prawnego (o ile dotyczy)** | Imię i nazwisko |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Gmina |  |
| Tel kontaktowy |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadane orzeczenie** | Jestem osobą z niepełnosprawnościami | Orzeczenie o niepełnosprawności  Orzeczenie o niepełnosprawności  w stopniu: znacznym  umiarkowanym  lekkim  Grupa inwalidzka: I grupa  II grupa  III grupa  Całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji  Całkowita niezdolność do pracy  Częściowa niezdolność do pracy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** |  | bezterminowo  okresowo – do dnia ……………………. |
| **Rodzaj i nazwa placówki do której uczęszcza Wnioskodawca/Podopieczny** |  | WTZ  ŚDS |

**II OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

zgłaszam chęć uczestnictwa/uczestnictwa podopiecznego[[1]](#footnote-1) w programie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym   
w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł IV – wsparcie, które polega na uzyskaniu:

- środków ochrony osobistej i środków do dezynfekcji,

- przyrządów pomiarowych (termometr bezdotykowy, pulsoksymetr).

**Oświadczam, że:**

- nie ubiegam się i nie otrzymałam/em na podstawie odrębnego wniosku pomocy finansowej ze środków PFRON na realizację dodatkowego wsparcia w ramach Modułu IV programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” w tym z samorządu województwa lub z samorządu powiatowego lub gminnego.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 §2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego podanych w związku z realizacją Programu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł IV, przez Administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, 27-600 Sandomierz w celu uczestnictwa w ww. Programie;
2. dane są zgodne z prawdą i podaję je dobrowolnie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość** | **Data** | **Podpis uczestnika/opiekuna prawnego/pełnomocnika** |
|  |  |  |

**Uwaga:  
Informujemy, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoważne z przyznaniem pomocy oraz, że zgłoszenia rozpatrywane są w roku złożenia i nie przechodzą na kolejne lata.**

**Do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć:**

1. kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
2. kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienie sądu, jeśli ustanowiony jest pełnomocnik lub opiekun prawny ( jeśli dotyczy),
3. podpisaną klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych.

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia  Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)   
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) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sandomierzu z siedzibą w Sandomierzu przy ul. Mickiewicza 34, kontakt mailowy pod adresem: [pcpr\_sandomierz@op.pl](mailto:pcpr_sandomierz@op.pl)  reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sandomierzu, Inspektorem Ochrony Danych jest Cezary Gradziński  
    tel: 15 644 10 10 wewn. 320 e mail: [gradzinski@powiat.sandomierz.pl](mailto:gradzinski@powiat.sandomierz.pl)
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sandomierzu, realizacji zawartych umów,   
   w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody, w zakresie i celu określonym w treści zgody.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: uprawnione organy publiczne, podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej   
   w zakresie i celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem danych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie   
   w Sandomierzu.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt. 2 nie krócej jednak niż przez okres wskazany w ustawie z dnia 14 lipca 1982r. o narodowym zasobie archiwalnym  i archiwach (Dz. U. z 2018r., poz. 217) lub   
   w innych obowiązujących przepisach prawa.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO,  
- prawo ich sprostowania na podstawie art. 16 RODO,   
- usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym") na podstawie art. 17 RODO,   
- ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO,  
- prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO,  
- prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art.21 RODO,  
- prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem   
 przetwarzania na podstawie art. 7 ust 3 (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie   
 zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem

1. Przysługuje Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
2. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości prawnych zrealizowania Pani/Pana żądania.
3. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Oświadczam, że zapoznałam/em\* się z treścią klauzuli informacyjnej.

………………………… ………………………………………………………

/ data / / czytelny podpis /

\* niepotrzebne skreślić

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)