

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**do udziału w programie
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku
żywiolu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”
w ramach MODUŁU IV finansowanego ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2021 roku**

Dane Beneficjenta	Imię i nazwisko	
	Płeć:	Kobieta ☐ Mężczyzna ☐
	PESEL	
Dane kontaktowe	adres zamieszkania	
	Miejscowość	
	Telefon kontaktowy	
Dane osobowe rodzica/opiekuna prawnego	Imię i nazwisko	
	adres zamieszkania	
	Miejscowość	
	Telefon kontaktowy	

Posiadane orzeczenie Ważność orzeczenia: na stałe ☐ czasowe ☐ termin	Jestem osobą z niepełnosprawnościami	Orzeczenie o niepełnosprawności ☐ Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności znaczym ☐ 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 ☐
---	--------------------------------------	---

Oświadczam, że mój **miesięczny dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi** zł,
dla osoby samotnejzł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że:

zgłaszam chęć uczestnictwa/uczestnictwa podopiecznego¹ w programie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiolu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł IV, które polega na uzyskaniu paczek wsparcia, zawierających środki ochrony indywidualnej i sprzęt medyczny

¹ Niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że:

nie ubiegam się i nie otrzymałam/em na podstawie odrębnego wniosku pomocy finansowej ze środków PFRON na realizację dodatkowego wsparcia, w tym z samorządu województwa.

Oświadczam, że:

- a) 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. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Grunwaldzka 59A, 33-300 Nowy Sącz, w celu uczestnictwa w ww. Programie;
- b) dane są zgodne z prawdą i podaję je dobrowolnie.

Nowy Sącz, data

.....

*podpis uczestnika/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika*

ZAŁĄCZNIKI do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Dokument potwierdzający opiekę prawną/pełnomocnictwo
3. Klauzula informacyjna.

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

....., dnia

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego/pełnomocnika

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dotyczącą przetwarzania podanych przeze mnie moich danych osobowych/danych osobowych mojego podopiecznego na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 – dalej „RODO”) w związku z realizacją programu PFRON „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł IV przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Sączu.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a), że:

1) administratorem moich danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Sączu ul. Grunwaldzka 59 A, 33-300 Nowy Sącz, zwany dalej Administratorem, dane kontaktowe: *tel.: 18 444 36 23, adres e-mail: mops@nowysacz.pl; sekretariat@mops.nowysacz.pl*

2) Administrator nie wyznaczył przedstawiciela;

3) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych: Marek Rogóż, e-mail: *iod@mops.nowysacz.pl*;

4) moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Ośrodka - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a), b) i g) RODO oraz na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej; szczegółowe informacje na temat celu i podstawy prawnej dla danego rodzaju przetwarzania są podane w treści wniosku oraz na stanowiskach obsługi klienta, w trakcie zbierania danych;

5) odbiorcą moich danych osobowych mogą być:

a) podmioty, którym Administrator zleci usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych, np. dostawcy usług szkoleniowych oraz organy, do których w moim imieniu administrator będzie kierował korespondencję,

b) organy uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym sądy i inne organy administracji publicznej;

6) moje dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, w szczególności zgodnie z instrukcją kancelaryjną;

7) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych i prawo wniesienia sprzeciwu wyłącznie na zasadach określonych w RODO (biorąc pod uwagę ograniczenia wynikające z przepisów prawa); w zakresie w jaki przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, zostałem pouczony, iż mam prawo wycofać zgodę, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

8) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie dotyczących moich danych osobowych narusza przepisy RODO,

9) podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne w celu realizacji usługi, o którą wnioskuję, w szczególności do przeprowadzenia wywiadu środowiskowego;

10) nie podlegam zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji

Zapoznałam/zapoznałem się z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ

Nowy Sącz, dnia.....2021 rok

.....

podpis osoby niepełnosprawnej/ przedstawiciela
ustawowego/pełnomocnika