

- Oświadczam, że będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
- Oświadczam, że w roku w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałem(łam) na ten cel dofinansowania ze środków PFRON.
- Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
- Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wyrażam zgodę na poinformowanie organizatora turnusu o kwocie przyznanego dofinansowania oraz danych zawartych w informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.
- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
- Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji złożonego wniosku, w zakresie *lo ile dotyczy*:
 - zaświadczenia o kontynuowaniu nauki (*dot. osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej*) z dnia
 - adres e-mail:
 - inne :

..... . 2025 r.
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

Oświadczenia *lo ile dotyczy*

1. Oświadczam, że osoba która będzie opiekunem na turnusie rehabilitacyjnym:
 - nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - ukończyła 18 lat, *
 - lub ukończyła 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny. *

* niepotrzebne skreślić

..... . 2025 r.
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

2. Oświadczenie o pobieraniu nauki i nie wykonywaniu pracy - dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku od 18 do 24 lat

a) imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....
Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że uczę się i nie pracuję.

..... . 2025 r.
(data)

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

b) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że, uczy się i nie pracuje.

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej od 16 do 18 roku życia)

..... . 2025 r.
(data)

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

W przypadku osoby w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej należy przedłożyć zaświadczenie o kontynuowaniu nauki.

Art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ
POTRZEBY W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

(właściwie zaznaczyć przez zakreślenie pola)

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik)

1. Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

2. Opis sytuacji społecznej

a) sytuacja zawodowa: *

- zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą
- bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy
- rencista / emeryt, nie zainteresowany podjęciem pracy
- osoba w wieku od lat 16 do 24, ucząca się lub studiująca
- dzieci i młodzież do lat 16
- inna:
- uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej / Środowiskowego Domu Samopomocy / Domu Dziennego Pobytu / inne
- pensjonariusz Domu Pomocy Społecznej

b) zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych i społecznych :

- samodzielnie z częściową pomocą osób drugich wyłącznie przy pomocy osób drugich,
potrzebuję pomocy:
- przy samoobsłudze w zakresie poruszania się w zakresie komunikowania się
- w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego

dotychczasowe informacje.....
.....
.....

c) Wnioskodawca utrzymuje kontakty ze środowiskiem, innymi osobami: *tak* *nie*

jeżeli nie, to dlaczego

3. Oczekiwane efekty związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym:

- poprawa samoobsługi, wyrabianie zaradności osobistej: *tak* *nie*
- nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych: *tak* *nie*
- pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych, wyjście z izolacji: *tak* *nie*
- wdrażanie do korzystania z dóbr kultury, rozwijanie zainteresowań: *tak* *nie*

..... . 2025 r.

data

* właściwie zaznaczyć

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,

opiekuna prawnego, pełnomocnika

WYPEŁNIA MOPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne (jakie?)*

Podpisy osób rozpatrujących wnioski:

Przedstawiciel DPŚ

Przedstawiciel DPI-III

Suwałki, dnia

Akceptacja Kierownika DPI

Klauzula RODO /wymagana do rejestracji wniosku w Systemie Obsługi Wsparcia/

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie.

Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia wniosku jest obowiązkowe.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie** z siedzibą w **Suwałkach przy ul. Filipowska 20** tel.: **87/562 8970**, adres e-mail: biuro@mopr.suwalki.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: adres e-mail: iod@mopr.suwalki.pl
3. Cel przetwarzania danych: **postępowanie w sprawie realizacji dofinansowania uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej w MOPR w Suwałkach oraz mogą być pozyskiwane i weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) instytucje świadczące usługi pocztowe
 - b) inne organy administracji publicznej, w ramach realizacji swoich zadań, które zwrócą się do nas o przekazanie Pani/Pana danych osobowych, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa
 - c) organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców
6. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest:
 - a) art. 6 ust.1 lit.c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją świadczeń
 - b) art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą;
 - c) art. 35a ust.1 pkt 7 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej
 - a) akta osób korzystających z zadania przez okres 5 lat po realizacji zadania.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
10. Ma Pani/Pan 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 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkuje uzyskanie świadczeń zgodnie ze złożonym wnioskiem. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa przyznania świadczeń.

..... . 2025 r.

data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika