**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „*Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego* – edycja 2024**

Ja niżej podpisany/podpisana ………………….………..…………………..………………………………………………,

zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..………………… .

**Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej\*:**

☐ **Wskazuję osobę:**

Imię i Nazwisko ..…………………………………………………………………………….

Numer telefonu ………………………………………………………………………………

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (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), nie jest moim opiekunem prawnym
i osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną;

- jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że przekazałem/łam poniższą klauzulę informacyjną wyżej wskazanej osobie.

 ☐ **Nie wskazuję żadnej osoby**

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).**

Miejscowość i data ………………………………………………

 …………………..…………………………………………………

 *(Podpis składającego oświadczenie)*

\* zaznacz właściwe

**Klauzula informacyjna RODO
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gmina Czechowice-Dziedzice reprezentowana przez Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Czechowicach-Dziedzicach przy ulicy Kolejowej 37, NIP 652-10-38-184, REGON 003449120.
2. Dane kontaktowe: tel. 32/215 44 09, 215 50 98, 215 23 88,

faks 32/215 23 81-83

e-mail: sekretariat@ops-czdz.pl

1. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt
z Inspektorem Ochrony Danych OPS: inspektor@b-biodo.pl
2. Kategorie danych osobowych:
* W przypadku osoby świadczącej usługi: imię i nazwisko i dane kontaktowe.
1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym 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 upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa, w tym Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej mającego siedzibę
w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.