# Załącznik nr1 do Regulaminu realizacji Modułu IV „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

# Karta zgłoszenia do uczestnictwa w programie Moduł IV „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

|  |
| --- |
| 1. **DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:**
 |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data urodzenia |  |
| Nr telefonu |  |
| Posiadane orzeczenie: | ▫ stopień niepełnosprawności znaczny▫ stopień niepełnosprawności umiarkowany▫ stopień niepełnosprawności lekki▫ o niepełnosprawności – dotyczy osób do 16 r. życia▫ równoważne do wyżej wskazanych\*zaznaczyć właściwe |

|  |
| --- |
| **II INFORMACJE O PRZEDSTAWICIELU USTAWOWYM/OPIEKUNIE PRAWNYM[[1]](#footnote-1):** |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nr telefonu |  |

Oświadczam, że:

1. zgłaszam chęć uczestnictwa/uczestnictwa podopiecznego[[2]](#footnote-2) w programie Moduł IV „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” - zakup paczek żywnościowych wraz z art. chemicznymi oraz środkami ochrony;
2. posiadam/podopieczny posiada[[3]](#footnote-3) aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne;
3. zostałem/am poinformowany/a, że paczki żywnościowe i wraz z art. chemicznymi oraz środkami ochrony sfinansowane zostaną w całości ze środków Państwowego Funduszu rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego[[4]](#footnote-4) podanych w związku z realizacją Programu Moduł IV „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” przez Administratora danych, tj. Gminę i Miasto Szadek oraz realizatora - Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Szadku, w celu uczestnictwa w ww. Programie;
2. dane są zgodne z prawdą i podaję je dobrowolnie.

………………………………….. ………………............................

Miejscowość i data czytelny podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

**Do Karty zgłoszeniowej należy dołączyć:**

-kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego,

-klauzulę informacyjną,

-kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienie sądu, jeżeli ustanowiony jest przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny (jeżeli dotyczy).

**UWAGA:**

**Informujemy, że złożenie karty zgłoszeniowej nie jest równoznaczne z przyznaniem pomocy, o przyznaniu pomocy decyduje kolejność zgłoszeń. Paczki otrzyma pierwsze 200 osób niepełnosprawnych posiadających aktualne orzeczenie o znacznym, umiarkowanym bądź  lekkim stopniu niepełnosprawności, o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia  lub równoważne do wyżej wskazanych.**

Wypełnia Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Szadku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość | data | pieczątka i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie |
|  |  |  |

Wypełnia Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Szadku:

|  |
| --- |
| DECYZJA :pozytywna/negatywna |
| Uzasadnienie w przypadku decyzji negatywnej: |
| miejscowość | data | pieczątka i podpis |
|  |  |  |

#  Załącznik nr2 do Regulaminu realizacji Modułu IV „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

# KLAUZULA INFORMACYJNA

# dot. realizacji Programu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł IV

Zgodnie z art. 13 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) – dalej: RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina i Miasto Szadek z siedzibą przy ul. Warszawskiej 3, 98-240 Szadek oraz realizator programu- Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Szadku, ul. Warszawska 7.
2. Na podstawie obowiązujących przepisów wyznaczono Inspektora Ochrony Danych,
z którym można kontaktować się poprzez e-mail: iod@ugimszadek.pl
Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł IV.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO.
5. Dane osobowe mogą być przekazywane lub mogą mieć do nich dostęp następujące kategorie odbiorców:
6. inne podmioty lub organy - jeżeli na mocy przepisów szczególnych Administrator zobowiązany jest do przekazania im danych osobowych bądź podmioty te uprawnione są do żądania udostępnienia takich danych;
7. dostawcy usług, z których korzysta Administrator celem zapewnienia możliwości wykonywania przez niego zadań (np. dostawcy oprogramowania, dostawcy usług teleinformatycznych, operatorzy pocztowi, banki).
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji w/w celu - w przypadku ich nie podania nie ma możliwości skorzystania z uczestnictwa w projekcie.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji w/w celu, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
10. Posiada Pani/Pan prawo do:
11. żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych,
12. żądania sprostowania, usunięcia bądź ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
13. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych,
14. przenoszenia swoich danych osobowych,
15. cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie, przy czym wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem.
16. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
17. Administrator nie korzysta z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość | data | podpis uczestnika/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika |
|  |  |  |

**Załącznik nr3 do Regulaminu realizacji Modułu IV „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”**

**Karta powierdzająca odbiór paczki żywnościowej wraz z środkami chemicznymi oraz ochrony osobistej w ramach realizacji Modułu IV Programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.**

Dane osoby niepełnosprawnej lub przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:........................................................................................................................

Adres zamieszkania: ................................................................................................................

potwierdzam odbiór jednej paczki z artykułami żywnościowymi wraz z środkami chemicznymi oraz ochrony osobistej. Data odbioru: ...............................

………………………………….. ………………............................

Miejscowość i data czytelny podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

1. jeśli dotyczy [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)