Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”

**WNIOSEK O PRZYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ**

**UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„CUS II dla powiatu bełchatowskiego”**

(wypełnia wnioskodawca lub jego opiekun prawny)

1. **DANE WNIOSKODAWCY**

Dane wnioskodawcy, osoby pełnoletniej, nieubezwłasnowolnionej, odbiorcy usług społecznych.

Dane opiekuna ustawowego, opiekuna prawnego, faktycznego również należy wpisać w rubryce dane wnioskodawcy.

Jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej jej dane należy wpisać w rubryce: DANE UCZESTNIKA USŁUG SPOŁECZNYCH.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię** (imiona) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Płeć** | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Kobieta | | | | | | | 🞎 Mężczyzna | | | | | | | |
| **PESEL/Inny identyfikator** | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Obywatelstwo** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/ nr lokalu | |  | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość, kod pocztowy | |  | | | | | | | | | | | | |
| Powiat | |  | | | | | | | | | | | | |
| Gmina | |  | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Adres do korespondencji** (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie: | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 niższe niż podstawowe | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 podstawowe | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 gimnazjalne | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 ponadgimnazjalne: zawodowe | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 ponadgimnazjalne: średnie | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 pomaturalne/ policealne | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 wyższe | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba bierna zawodowo: | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK, w tym: | 🞎 ucząca się - data zakończenia edukacji w obecnej placówce: | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 nie ucząca się | | | | | | | | | | | | |
| Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy: | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 NIE | | | | | 🞎 TAK | | | | | | | | | |
| Osoba pracująca: | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 NIE | | | | | 🞎 TAK | | | | | | | | | |
| W tym: (jeżeli dotyczy) | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 osoba prowadząca działalność na własny rachunek  🞎 osoba pracująca w administracji rządowej  🞎 osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]  🞎 osoba pracująca w organizacji pozarządowej  🞎 osoba pracująca w MMŚP  🞎 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  🞎 osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) | | | | | 🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  🞎 osoba pracująca na uczelni  🞎 osoba pracująca w instytucie naukowym  🞎 osoba pracująca w instytucie badawczym  🞎 osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  🞎 osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym  🞎 osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  🞎 osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej  🞎 Inne | | | | | | | | | |

1. **DANE** **UCZESTNIKA USŁUG SPOŁECZNYCH**

Dane osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej, odbiorcy usług społecznych. Jeśli osoba jest pełnoletnia i nieubezwłasnowolniona i dane są takie same jak wyżej, sekcji II nie trzeba wypełniać.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię** (imiona) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Płeć** | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Kobieta | | | | 🞎 Mężczyzna | | | | | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do Projektu: |  | | | | | | | | | | | |
| **PESEL/Inny identyfikator** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Poniższe wypełnić jeżeli dane są inne niż wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/ nr lokalu |  | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość, kod pocztowy |  | | | | | | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | |

1. STATUS ODBIORCY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie: | |
| 🞎 niższe niż podstawowe | |
| 🞎 podstawowe | |
| 🞎 ponadgimnazjalne: zawodowe | |
| 🞎 ponadgimnazjalne: średnie | |
| 🞎 pomaturalne/ policealne | |
| 🞎 gimnazjalne | |
| 🞎 wyższe | |
| Osoba bierna zawodowo: | |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK |
|
| Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy: | |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK |
| Osoba pracująca: | |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK |
| W tym (jeżeli dotyczy): | |
| 🞎 osoba prowadząca działalność na własny rachunek  🞎 osoba pracująca w administracji rządowej  🞎 osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]  🞎 osoba pracująca w organizacji pozarządowej  🞎 osoba pracująca w MMŚP  🞎 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  🞎 osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) | 🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  🞎 osoba pracująca na uczelni  🞎 osoba pracująca w instytucie naukowym  🞎 osoba pracująca w instytucie badawczym  🞎 osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  🞎 osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym  🞎 osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  🞎 osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej  🞎 Inne |

1. STATUS UPRAWNIAJĄCY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane, np. takiej jak Romowie) | | |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK, jeśli tak, to jakiej: | 🞎 Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK | 🞎 Odmowa podania informacji |
| Osoba z niepełnosprawnościami: | | |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK, rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności: | |
| Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności: | | |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK | |
| Osoba obcego pochodzenia: | | |
| 🞎 NIE | 🞎TAK jeśli tak, jakiego: | 🞎Odmowa podania informacji |
| Obywatel państwa trzeciego: | | |
| 🞎 NIE | 🞎TAK jeśli tak, jakiego: | 🞎Odmowa podania informacji |

1. OCENA PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO:

**SKALA KATZA**

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby badanej. Każdy znak X w kolumnie „TAK” oznacza 1 punkt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CZYNNOŚĆ | OPIS | SAMODZIELNOŚĆ | |
| TAK | NIE |
| KĄPANIE/MYCIE SIĘ | Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic |  |  |
| UBIERANIE SIĘ | Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek |  |  |
| KORZYSTANIE Z TOALETY | Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika) |  |  |
| PORUSZANIE SIĘ | Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika) |  |  |
| KONTROLOWANIE WYDALANIA MOCZU I STOLCA | Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania) |  |  |
| JEDZENIE | Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |  |  |
| Każde TAK oznacza 1 punkt.  PUNKTACJA:  5-6 - OSOBY SPRAWNE,  3-4 - OSOBY UMIARKOWANIE NIESPRAWNE,  2 - OSOBY ZNACZNIE NIESPRAWNE | |  |  |

**SKALA LAWTONA**

Proszę wpisać właściwą charakterystykę stanu osoby badanej:

3 punkty - bez pomocy

2 punkty - z niewielką pomocą

1 punkt - nie jest w stanie wykonać tej czynności

|  |  |
| --- | --- |
| PYTANIE | PUNKTY |
| Czy potrafisz korzystać z telefonu? |  |
| Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru? |  |
| Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze? |  |
| Czy możesz sam przygotować posiłki? |  |
| Czy możesz sam wykonać prace domowe (sprzątanie)? |  |
| Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu? |  |
| Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy? |  |
| Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki? |  |
| Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi? |  |
| RAZEM |  |

**SKALA BARTHELA**

w punktach 1-10 należy wpisać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA CZYNNOŚCI** | WARTOŚĆ PUNKTOWA |
| Spożywanie posiłków  0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać,  5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym  10= samodzielny, niezależny |  |
| Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie  0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu  5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć  10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)  15=samodzielny |  |
| Utrzymanie higieny osobistej  0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych  5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych  10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami |  |
| Korzystanie z toalety (WC)  0= nie korzysta w ogóle z toalety  5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety  10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby |  |
| Mycie i kąpiel całego ciała  0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika  5= wymaga pomocy  10=samodzielny |  |
| Poruszanie się po powierzchniach płaskich  0= w ogóle nie porusza się  5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby  10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciem sprzętu wspomagającego |  |
| Wchodzenie i schodzenie po schodach  0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby  5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia  10= samodzielny |  |
| Ubieranie się i rozbieranie  0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby  5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby  10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł) |  |
| Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu  0= nie panuje nad oddawaniem stolca  5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec  10= kontroluje oddawanie stolca |  |
| Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego  0= nie panuje nad oddawaniem moczu  5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz  10= kontroluje oddawanie moczu |  |
| Łączna liczba punktów |  |

Wnioskuję o zakwalifikowanie mnie do poniżej wskazanej/ych przeze mnie usługi/usług:

(zaznacz X usługę, o którą wnioskujesz, może być więcej niż jedna)

|  |
| --- |
|  |
| 🞎 Dzienny Dom Pobytu Przystań w Bełchatowie |
| 🞎 Otoczenie podopiecznych Dziennego Domu Pobytu Przystań w Bełchatowie |
| 🞎 Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Bełchatów |
| 🞎 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Zelów |
| 🞎 Klub Seniora w Zalesiu |

***Oświadczam, że:***

1. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że projekt jest współfinansowany ze środków EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS.
2. Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową (jeśli dotyczy).
3. Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie

nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą.

1. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”.
2. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że złożenie Wniosku O Przyznanie Usługi Społecznej jest jednoznaczne z oświadczeniem o wyrażeniu woli uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, iż wypełnienie niniejszego Wniosku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, że po zakwalifikowaniu się do Projektu, zobowiązuję się do złożenia następujących dokumentów:

* Załącznik nr 3 – Deklaracja Uczestnictwa

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ………………………………………………………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU lub jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej OPIEKUNA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO* |

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”

**Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu**

Obraz zawierający tekst, Czcionka, biały, czarne i białe

Zawartość wygenerowana przez sztuczną inteligencję może być niepoprawna.

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 14 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 (dalej zwane „RODO”) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
2. Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: [info@lodzkie.pl](mailto:info@lodzkie.pl),
3. Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi 90-608, ul. Wólczańska 49, tel.: 42 633 58 78, e-mail: [lowu@wup.lodz.pl](mailto:lowu@wup.lodz.pl).
4. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail:
5. e-mail: [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl) lub na adres siedziby administratora ,
6. e-mail: [ochronadanych@wup.lodz.pl](mailto:ochronadanych@wup.lodz.pl) lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

rozliczenia projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celu archiwizacji dokumentów.

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g- RODO ( w zależności od projektu) w związku z:

* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
* ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
* ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na runku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu).

1. Źródło Pani/Pana danych: Instytucje i podmioty zaangażowane w realizację Programu, w tym w szczególności Beneficjent i Partner.
2. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;

- Minister właściwy ds. finansów publicznych;

- podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027,

- dostawcy usług IT i operatorzy telekomunikacyjni, pocztowi, firmy kurierskie, podmioty upoważnione na postawie przepisów prawa – na ich żądanie.

1. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego może przetwarzać dane osobowe zgromadzone w związku z realizacją projektu wykonując zadania związane z koordynacją realizacji programów. Dane kontaktowe Administratora i IOD: ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: [IOD@mfipr.gov.pl](mailto:IOD@mfipr.gov.pl).

Pełną informację o zasadach przetwarzania danych zawiera dokument Ogólne zasady przetwarzania danych osobowych w ramach Funduszy Europejskich 2021-2027 dostępny na stronie [www.funduszeeuropejskie.gov.pl](file:///G:\Mój%20dysk\1%20CUS%20II\5%20Rekrutacja\3%20Uczestnik%20dokumenty%20do%20wypełnienia%20K%20nowe%20znaki\www.funduszeeuropejskie.gov.pl) w zakładce O funduszach części zatytułowanej Przetwarzanie danych osobowych.

1. Dane będą przechowywane przez okres:

10 lat od zakończenia sprawy Beneficjenta, licząc w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty jej zakończenia, po tym okresie decyzją Archiwum Państwowego okres przechowywania może zostać przedłużony.

1. Przysługujące prawa:

* dostęp do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania a na czas poprawiania danych prawo żądania do ograniczenia przetwarzania,
* wniesienie skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (szczegóły na stronie <https://uodo.gov.pl/>), w przypadku przetwarzania danych niezgodnie z przepisami prawa.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………………………………………. |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU lub jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej OPIEKUNA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO* |

Obraz zawierający tekst, Czcionka, biały, czarne i białe

Zawartość wygenerowana przez sztuczną inteligencję może być niepoprawna.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Przystań w Bełchatowie*,* ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów*,* nr tel. 516 045 250, adres e-mail*:* [biuro@przystan.belchatow.pl](mailto:biuro@przystan.belchatow.pl)
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest **świadczenie usług wsparcia w** **Domu Dziennego Pobytu Przystań** w związku z realizacją projektu **,,CUS II dla powiatu bełchatowskiego”** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027, Priorytet 7 "Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem", Działanie FELD.07.09 "Usługi Społeczne i zdrowotne", zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. (Dz. Urz.UE L 231 z 30.06.2021, str. 159 oraz Dz. Urz. UE L 261 z 22.07.2021, str. 58).
3. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy), art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) w związku z art. 87 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. z 2022 r. poz. 1079) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą).
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania   
   i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
5. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ich rodzice, opiekunowie i otoczenie, osoby zatrudnione/ świadczące/realizujące usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej oraz instytucje i podmioty zaangażowane w realizację projektu.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych i podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z Administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Przystań w Bełchatowie, w szczególności dane osób korzystających z usługi Domu Dziennego Pobytu Przystań lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego, podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu, podmiotom, wykonującym dla IZ FEŁ2027/IP usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorom pocztowym, firmom kurierskim oraz podmiotom dokonującym badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 / IP w związku z realizacją Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027”.
7. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Wniosku o przyznanie usługi społecznej uczestnika projektu „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału   
   w projekcie.

……………………………………..

data i podpis