

Oświadczenie

Ja niżej podpisany(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Pouczony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. 2018, poz. 754 ze zm.) **oświadczam, że:**

1. dane zawarte we wniosku z dnia oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.
3. nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie oraz nie miały miejsca inne sytuacje nienależytego wykonywania zobowiązania dofinansowanego ze środków PFRON.

.....

data

.....

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu uzyskania dofinansowania: do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych

☐ tak

☐ nie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), dalej RODO, informuję, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, z siedzibą przy ul. Szpitalnej 4, 59-600 Lwówek Śląski, reprezentowane przez Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się pisemnie na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, ul. Szpitalna 4, 59-600 lub e-mail: rodo@pcpr2.powiatlwowecki.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, tj. wyrażonej przez Panią/Pana zgody w związku z realizacją zapisów ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie, który wynika z przepisów prawa oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. Dane wnioskodawcy przetwarzane w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) i przekazywane są do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.

5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów.

6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, wobec przetwarzania danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

8) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem koniecznym do złożenia i rozpatrzenia wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim.

9) Decyzja o przetwarzaniu danych osobowych nie jest podejmowana w sposób zautomatyzowany, dane nie podlegają profilowaniu.

10) Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

.....
data

.....
Podpis

* Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.