

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim.

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, reprezentowane przez Kierownika PCPR. Z Administratorem można się kontaktować pocztą na adres: ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski lub elektronicznie, e-mail: pcpr@powiatlwowecki.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych: Magdalena Strzelecka, z którą można się kontaktować za pomocą poczty elektronicznej, e-mail: rodo@pcpr2.powiatlwowecki.pl lub pocztą na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych”.
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim przetwarza dane na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody w celu realizacji programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Dane osobowe są przetwarzane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przechowywane zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. Odbiorcami przetwarzania danych osobowych w celach, o których mowa pkt 3, mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania działające podstawie przepisów prawa lub inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim. Dane wnioskodawcy zostaną przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem zgodnie z obowiązującym prawem.
8. Klientom Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych przysługuje prawo do: dostępu do danych osobowych, żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych, żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
9. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim mają prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, iż przetwarzanie dotyczących ich danych osobowych narusza przepisy RODO.
10. Decyzja o przetwarzaniu danych osobowych nie jest podejmowana w sposób zautomatyzowany, dane nie podlegają profilowaniu.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam (*niepotrzebne skreślić*) zgody na przetwarzanie moich danych osobowych* oraz mojego dziecka/podopiecznego (*o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić*):

.....
(*imię, nazwisko i PESEL dziecka/podopiecznego*)

przez Realizatora programu tj. Powiat Lwówecki – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim z siedzibą w Lwówku Śląskim przy ul. Szpitalnej 4 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych do: dostępu do danych osobowych, żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych, żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

Zostałem(am) poinformowany(a), że wyrażenie zgody jest dobrowolne i mogę ją w dowolnym momencie wycofać, z tym, że wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania na podstawie zgody, przed jej wycofaniem.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

*kategorie danych: nazwisko i imię, seria i nr dowodu osobistego, inny dokument potwierdzający tożsamość, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, adres do korespondencji, nr telefonu, adres e-mail, źródło dochodu wraz z oświadczeniem o dochodach, PESEL, informacje wynikające z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego, płeć, miejsce pracy – o ile dotyczy, NIP – o ile dotyczy, miejsce urodzenia-o ile dotyczy, dane osobowe opiekuna - o ile dotyczy, stan cywilny – o ile dotyczy, informacje o pomocy otrzymywanej z innych instytucji – o ile dotyczy, imiona rodziców – o ile dotyczy, zawód/aktywność zawodowa – o ile dotyczy, sytuacja socjalno-bytowa- o ile dotyczy, wykształcenie – o ile dotyczy, sytuacja życiowa – o ile dotyczy, nazwa banku/nr konta bankowego – o ile dotyczy, sytuacja mieszkaniowa – o ile dotyczy, imiona i nazwiska członków rodziny – o ile dotyczy, pesel dzieci – o ile dotyczy, stan zdrowia – o ile dotyczy, inne orzeczenia wydane z postępowaniu sądowym lub administracyjnym – o ile dotyczy.