

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB  
NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu\*) .....

Data urodzenia .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

Tel. stacjonarny ....., kom. ....

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

- a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim  
 b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I  II  III  
 c)  o całkowitej  o częściowej niezdolności do pracy  o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  
 o niezdolności do samodzielnej egzystencji  
 d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON\*\*

Tak (podać rok) .....  Nie

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej\*\*  Tak  Nie

Imię i nazwisko opiekuna .....

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony z kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi .....zł (słownie:.....)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... (słownie: .....).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

§1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

**Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia.\*\*\***

Do niniejszego wniosku załączam:

- 1) Kserokopie orzeczenia (oryginał do wglądu przez pracownika Centrum),
- 2) Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
- 3) Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

WYPEŁNIA PCPR

.....

(data wpływu wniosku)

.....

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.**

### **Klauzula RODO**

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### **Tożsamość administratora**

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### **Dane kontaktowe administratora**

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### **Cele przetwarzania**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### **Podstawa prawna przetwarzania**

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO,

a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### **Okres, przez który dane będą przechowywane**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

#### **Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

#### **Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:**

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

#### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Wypełnia PCPR

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu, którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych Wnioskodawcy, którego reprezentuję, tj. danych kontaktowych zawartych przez administratora tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, w niniejszym wniosku w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)

### **Obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu**

Zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 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 - RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych i przysługujących prawach.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46 wew. 16, tel. 511 951 468.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 29 752 22 70 lub adresem e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań i obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, na podstawie: art. 6 ust.1 lit. a, lit. b, lit. c, lit. e RODO; ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz art. 9 ust. 2 lit. b w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wypełnianie zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 5) Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora, oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
- 6) Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
- 7) W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody”, informujemy, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres 00-193 Warszawa, ul Stawki 2.
- 9) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
- 10) Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 11) Podanie danych nie skutkuje zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
- 12) Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### **Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu\*) .....

.....

#### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \*\***

- |                                                                     |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów ruchu                  | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka                   |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów wzroku                 | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe      |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....         |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia                 |                                                     |

#### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....

#### **Uwagi**

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

Rodzaj turnusu .....

termin turnusu: od ..... do .....

### Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym) .....

.....

.....

### Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym) .....

.....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym) .....

.....

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów\* .....

.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/ Pani .....

wraz z opiekunem\* w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?) .....

w terminie od ..... do .....

w ośrodku (nazwa i adres) .....

.....

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków .....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej ..... zł, słownie zł .....

.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\*\* .....zł, słownie zł .....

.....

**Zobowiązuję się, terminie 21 dni od dnia zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR "Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego". sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.**

**W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na konto PCPR.**

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku ..... oddział .....

Nr .....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i czytelny podpis Organizatora)

Przasnysz, .....

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(Adres zamieszkania Wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że mój opiekun:

- 1) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie,
- 2) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 3) ukończył/a 18 lat
- 4) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkujący członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

**Informacje uzupełniające do wniosku  
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY  
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),  
opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: .....

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dn. .... sygn. Akt\*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

.....

z dn. .... repet. Nr .....

.....  
data

.....  
podpis  
przedstawiciela ustawowego\* /  
opiekuna prawnego\* / pełnomocnika\*



# PEŁNOMOCNICTWO

## Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

## Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

Miejscowość, data.....

**Pani/Pan**

.....

.....

Niniejszym odwołuję pełnomocnictwo udzielone Pani/Panu w dniu..... obejmujące upoważnienie do dokonywania na moją rzecz wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz posługiwanie się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału udzielonego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Jednocześnie proszę o niezwłoczny zwrot dokumentu pełnomocnictwa oraz przekazanie skanu mojego oświadczenia o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW.

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo

## **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:
  - 1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13,
  - 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46,
  - 3) Organizator Turnusu – w przypadku wniosków składanych na turnusy rehabilitacyjne.
2. Kontakt do Inspektora ochrony danych:
  - 1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500, [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl),
  - 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz – kontakt e-mail: [iod@powiat-przasnysz.pl](mailto:iod@powiat-przasnysz.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez:
  - 1) PFRON w celu zarządzania Systemem SOW - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia zadania realizowanego w interesie publicznym w zakresie zabezpieczenia społecznego wynikającego z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
  - 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu rozpoznania złożonego Wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ 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 albo art.6 ust.1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
  - 3) Organizatora Turnusu w celu rozpatrzenia Wniosku oraz zorganizowania turnusu rehabilitacyjnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie tej osoby przed zawarciem umowy, a także art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązku prawnego ciążącego na

administratorze dotyczącego zadania realizowanego w ważnym interesie publicznym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w ust. 3, odbiorcami danych osobowych Użytkowników mogą być:
  - 1) podmioty, które na podstawie umów zawartych z administratorami, o których mowa w ust. 3, świadczą usługi wsparcia, np. prawne, pocztowe, informatyczne;
  - 2) podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.
5. Dane osobowe Użytkowników będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów zgodnie z ust. 3, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z przepisów o archiwach.
6. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Systemie SOW danych osobowych Użytkownika, Użytkownikowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Użytkowników nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
8. Użytkownikowi, na zasadach określonych w RODO, przysługują następujące prawa w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych:
  - 1) prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych;
  - 2) prawo żądania sprostowania i uzupełnienia danych;
  - 3) prawo do usunięcia danych;
  - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
  - 5) prawo do przenoszenia danych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
  - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowałą odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie Wniosku w postaci elektronicznej.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)