

Data wpływu:  
 Nr wniosku: PCPR.643.....20.....RSPO.WNIOSEK  
 Nr sprawy: PCPR.643.....20.....



Państwowy Fundusz  
 Rehabilitacji Osób  
 Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                             | Do uzupełnienia  |
|--|--|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>    |  |
| <b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b> |  |
| <b>Z dnia:</b>                         |  |
| <b>Sygnatura akt:</b>                  |  |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>     |  |
| <b>Repertorium nr:</b>                 |  |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>          | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne |

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola             | Do uzupełnienia |
|------------------------|-----------------|
| <b>Imię:</b>           |                 |
| <b>Drugie imię:</b>    |                 |
| <b>Nazwisko:</b>       |                 |
| <b>PESEL:</b>          |                 |
| <b>Data urodzenia:</b> |                 |

|             |   |
|-------------|---|
| <b>Płeć</b> | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |
|-------------|---|

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola                  | Do uzupełnienia  |
|-----------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>         |  |
| <b>Powiat:</b>              |  |
| <b>Gmina:</b>               |  |
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia |
|----------------------|-----------------|
| <b>Województwo:</b>  |                 |
| <b>Powiat:</b>       |                 |
| <b>Gmina:</b>        |                 |
| <b>Miejscowość:</b>  |                 |
| <b>Ulica:</b>        |                 |
| <b>Nr domu:</b>      |                 |
| <b>Nr lokalu:</b>    |                 |
| <b>Kod pocztowy:</b> |                 |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Poczta:</b> |  |
|----------------|--|

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

| Nazwa pola             | Do uzupełnienia   |
|------------------------|---|
| <b>Imię:</b>           |   |
| <b>Drugie imię:</b>    |   |
| <b>Nazwisko:</b>       |   |
| <b>PESEL:</b>          |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

| Nazwa pola                  | Do uzupełnienia  |
|-----------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>         |  |
| <b>Powiat:</b>              |  |
| <b>Gmina:</b>               |  |
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|------------|-----------------|
|------------|-----------------|

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b></p> | <p><input type="checkbox"/> tak<br/><input type="checkbox"/> nie</p>   |
| <p><b>Stopień niepełnosprawności:</b></p>  | <p><input type="checkbox"/> Znaczny<br/><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br/><input type="checkbox"/> Lekki<br/><input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p>   |
| <p><b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b></p>                  | <p><input type="checkbox"/> bezterminowo<br/><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:</p>  |
| <p><b>Numer orzeczenia:</b></p>  |  |
| <p><b>Grupa inwalidzka:</b></p>  | <p><input type="checkbox"/> I grupa<br/><input type="checkbox"/> II grupa<br/><input type="checkbox"/> III grupa<br/><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p>  |
| <p><b>Niezdolność:</b></p>   | <p><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br/><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br/><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br/><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br/><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br/><input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p>  |
| <p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p>   | <p><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br/><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br/><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br/>             <input type="checkbox"/> osoba głucha<br/>             <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br/><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br/>             <input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br/>             <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br/><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br/>             <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br/>             <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br/><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br/><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br/><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br/><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br/><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br/><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br/><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                 |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>   | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Czy OzN przebywa w DPS:**

Tak    Nie    Brak informacji

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. KOSZTY REALIZACJI

Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego koszt zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4.000 zł a NFZ przyznał 700 zł, to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynosić 3.300 zł.

Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0.

| Przedmiot 1                    |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| Nazwa pola                     | Do uzupełnienia |
| <b>Przedmiot wniosku:</b>      |                 |
| <b>Numer zlecenia:</b>         |                 |
| <b>Całkowity koszt zakupu:</b> |                 |
| <b>Dofinansowanie NFZ:</b>     |                 |

|  |  |
|--|--|
| <b>Udział własny wnioskodawcy:</b>       |  |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b> |  |

### Przedmiot 2

| Nazwa pola                               | Do uzupełnienia |
|--|-----------------|
| <b>Przedmiot wniosku:</b>                |                 |
| <b>Numer zlecenia:</b>                   |                 |
| <b>Całkowity koszt zakupu:</b>           |                 |
| <b>Dofinansowanie NFZ:</b>               |                 |
| <b>Udział własny wnioskodawcy:</b>       |                 |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b> |                 |

### Przedmiot 3

| Nazwa pola                               | Do uzupełnienia |
|--|-----------------|
| <b>Przedmiot wniosku:</b>                |                 |
| <b>Numer zlecenia:</b>                   |                 |
| <b>Całkowity koszt zakupu:</b>           |                 |
| <b>Dofinansowanie NFZ:</b>               |                 |
| <b>Udział własny wnioskodawcy:</b>       |                 |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b> |                 |

### RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

| Nazwa pola                              | Do uzupełnienia |
|---|-----------------|
| <b>Całkowity koszt zakupu</b>           |                 |
| <b>Dofinansowanie NFZ</b>               |                 |
| <b>Udział własny wnioskodawcy</b>       |                 |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b> |                 |

## II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): |                                  |
| Nazwa banku:                        |                                  |
| Nr rachunku bankowego:              | □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ |

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

### Lista

1. Kopia/skan orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Dokument stanowiący opiekę prawną - jeżeli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną.
3. Pełnomocnictwo notarialne - jeżeli wnioskodawca występuje z wnioskiem przez pełnomocnika.
4. Kopia/skan faktury określającej cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzeniem za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (dotyczy refundacji za zakupione przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze)
5. Kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą ( fakturą proforma) określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji ( dotyczy w przypadku jeszcze nie zakupionych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych)
6. Pełnomocnictwo do reprezentowania osoby niepełnosprawnej – dotyczy wniosku złożonego za pośrednictwem systemu SOW.
7. Odwołanie pełnomocnictwa do reprezentowania osoby niepełnosprawnej – dotyczy wniosku złożonego za pośrednictwem systemu SOW.
8. Druk upoważnienia do odbioru dofinansowania w kasie Starostwa Powiatowego w Przasnyszu.
9. Druk upoważnienia do przelania dofinansowania na rachunek bankowy osoby wskazanej przez wnioskodawcę.
10. Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych.

## **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 oraz numeru rachunku bankowego, zawartych przez administratora tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, w niniejszym wniosku, i /lub upoważnieniu do wypłaty w kasie lub przelewem bankowym, w celu kontaktu telefonicznego, e-mailowego oraz wypłaty dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. 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)



**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:

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 wew. 16,
- 3) Organizator Turnusu – w przypadku wniosków składanych na turnusy rehabilitacyjne.

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,
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz – kontakt e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.

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)