………………………………….

miejscowość, data

**DEKLARACJA**

**Ja niżej podpisany …………………………………………………………………..………………………………………………,**

**numer tel. ……………………………………..**

**Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Głuchołazy oraz jestem zainteresowany/ zainteresowana skorzystaniem z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu** **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.**

**Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria beneficjenta programu, o których mowa poniżej** (proszę zaznaczyć właściwe pole):

**[ ]** dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;

Osoba z niepełnosprawnością posiadająca orzeczenie:

**[ ]** o znacznym stopniu niepełnosprawności

**[ ]** o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

**[ ]** traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

**[ ]** występuje niepełnosprawność sprzężona tj. posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności.

**Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.**

**Poinformowano mnie, że złożenie niniejszej deklaracji nie zobowiązuje mnie do wzięcia udziału w Programie.**

……………………………… Podpis

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE** danych kontaktowych: imię i nazwisko oraz numer telefonu przez Gminę Głuchołazy – Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuchołazach w celu potwierdzenia chęci udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026. **(w przypadku wyrażenia zgody proszę zaznaczyć krzyżyk [X])**

**[ ]** Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych kontaktowych (imię i nazwisko, numer telefonu) w związku ze złożoną deklaracją o chęci skorzystania z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026 przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuchołazach, al. Jana Pawła II 14, 48-340 Głuchołazy.

……………………………… Podpis

## Zasady przetwarzania danych osobowych

Działając na podstawie art. 13 i 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 dyrektyw 95/46/WE (Dz. Urz. WE L 119 z 4.5.2016) informuję:

* Administratorem danych w **Ośrodku Pomocy Społecznej jest dyrektor OPS** z siedzibą przy al. Jana Pawła II 14, 48-340 Głuchołazy.
* **Inspektorem Ochrony Danych** w Ośrodku Pomocy Społecznej w Głuchołazach jest Pani **Małgorzata Jurek** z którą można kontaktować się mailowo: [iod@ops-glucholazy.pl](mailto:%20iod@ops-glucholazy.pl), telefonicznie: (77) 403 62 22 lub korespondencyjnie: Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuchołazach al. Jana Pawła II 14, 48-340 Głuchołazy. Wszelkie informacje związane z przetwarzaniem Państwa danych osobowych udzielane są na podstawie zapytania wysłanego na adres mailowy: [iod@ops-glucholazy.pl](mailto:%20iod@ops-glucholazy.pl) lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej na ww adres Ośrodka.
* Dane przetwarzane będą wyłącznie w celu prowadzenia postępowania objętego deklaracją uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026
* Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres adekwatny i nie dłuższy od okresów zgodnych z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa w poszczególnych obszarach przetwarzania danych osobowych.
* Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez względu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
* Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/a dotyczących narusza przepisy 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 dyrektyw 95/46/WE (Dz. Urz. WE L 119 z 4.5.2016).
* Pana/i dane przetwarzane będą w sposób zautomatyzowany oraz tradycyjny.

Powyższa informacja realizuje prawny obowiązek informacyjny i nie wymaga żadnego działania po Państwa stronie