



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DLA UCZESTNIKA PROGRAMU MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2027 FINANSOWANEGO Z FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO (TAKŻE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO UCZESTNIKA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO LUB KURATORA UCZESTNIKA, PEŁNOMOCNIKA UCZESTNIKA)

Na podstawie art. 13 oraz 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (zwane dalej RODO) (Dz.Urz UE L 119 z 4.05.2016, str 1) (dalej: Rozporządzenie), Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wierzychowie informuje, że:

1. **Administratorem**, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakim sposobem, jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wierzychowie, ul. Parkowa 5a; 78-530 Wierzychowo, Tel. 943618376, e-mail: gops@gopswierzychowo.pl

2. **Inspektor ochrony danych** - we wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, macie Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych, za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.

3. **3.Cel przetwarzania** - Państwa dane są przetwarzane, aby mogli Państwo pełnoprawnie uczestniczyć w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 (zwany dalej Programem) i korzystać z przewidzianych w nim świadczeń.

4. **Podstawa przetwarzania danych** - Pana/Pani dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji rządowego Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” oraz wynikających z niego i powiązanych ustaw, obowiązków prawnych i zadań leżących w interesie publicznym (świadczenie pomocy społecznej i wsparcia osobom niepełnosprawnym) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (w związku z Ustawą z dnia 23 października 2018r. o Funduszu Solidarnościowym oraz Ustawy z dnia 12 marca 2004r. Pomocy społecznej).

5. **Okres przechowywania danych** - Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji tj. przez 5 lat licząc od dnia zakończenia realizacji Programu.

6. **Źródło danych** - źródłem pochodzenia Państwa danych osobowych mogą być Państwo jako wnioskodawcy rodzice, opiekunowie oraz osoby zgłaszające Państwa do Programu, osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.

7. **Zakres danych** - zakres danych: imię i nazwisko oraz dane określone w karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia naboru, ewentualnego umieszczenia na liście rezerwowej, przyznania i realizacji usługi asystenckiej, kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

8. **Odbiorcy danych** - odbiorcami Państwa danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa (np. Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością) oraz podmioty realizującym zadania administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Administratora, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrze/Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Zachodniopomorskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych, czy nadzoru.

9. **Prawa osób** - macie Państwo prawo do: ochrony swoich danych osobowych, dostępu do nich, uzyskania ich kopii, sprostowania, prawo do usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa).

10. **Podanie danych osobowych** jest dobrowolne, lecz konieczne dla celów związanych z realizacją Programu w związku z Pani/Pana uczestnictwem.

Wierchowo, dnia

.....
(podpis uczestnika programu AOON lub opiekuna prawnego)