



Karta zgłoszenia do Programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku
żywności lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami
zakaźnymi” w ramach Modułu IV

	I. Dane uczestnika Programu
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Pesel	
Ulica\ Nr budynku\ Nr lokalu	
Kod pocztowy i Miasto	
Telefon kontaktowy	
E-mail	

	II. Karta oceny uczestnika (przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)	
1	Jestem osobą poszkodowaną w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowej wywołanej chorobą zakaźną.	
2	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności według ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub równoważne.	
3	Korzystam z pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, w tym również wyłącznie w postaci pracy socjalnej.	
4	Posiadam dochód w wysokości nieprzekraczającej 200% kryterium dochodowego określonego w ustawie o pomocy społecznej (tj. dla osoby samotnie gospodarującej 1402 zł; dla osoby w rodzinie 1.056 zł).	
5	Preferowany odbiór paczki: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> osobisty <input type="radio"/> członek rodziny (upoważnienie) <input type="radio"/> opiekunka (upoważnienie) <input type="radio"/> inne 	

III. Oświadczenia:

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” modułu IV (zgodnie z przepisami wynikającymi z 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r., str. 1), zwanego dalej „RODO” oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” w ramach Modułu IV.

Miejscowość i data

Podpis

** Z uwagi na stan epidemiczny w kraju dopuszcza się wypełnienie Karty zgłoszenia przez Pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie na podstawie wywiadu telefonicznego.*

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/a danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie ul. Waryńskiego 34A, 86-300 Grudziądz, e-mail: poczta@mopr.grudziadz.pl zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/a danych osobowych.
- 1) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@mopr.grudziadz.pl
- 2) Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” w ramach Modułu IV.
- 3) Dane mogą być udostępniane, gdy będą miały znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, organom publicznym.
- 4) Podstawą przetwarzania danych osobowych jest:
 - art. 6 ust. 1 lit. a) ww. rozporządzenia.
- 5) Podanie danych osobowych jest dobrowolne. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe przystąpienie do ww. Programu.
- 6) Posiada Pan/i prawo do:
 - dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania,
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
 - ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
 - cofnięcia zgody,
 - usunięcia danych.
- 7) Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 8) Dane osobowe będą przechowywane przez okres 25 lat, licząc od dnia 1 stycznia następującego po roku zakończenia Programu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią informacji co potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
Data i podpis