



**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji
i udziału w Programie „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

**Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
 2. Adres:
 3. Telefon kontaktowy:
 4. Data urodzenia:
 5. Status na rynku pracy:
 6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – Tak ☐ / Nie ☐
- Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko
7. Grupa/stopień niepełnosprawności:
 8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

Zaznaczyć właściwie	Nr	Rodzaj dysfunkcji
	1	dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
	2	dysfunkcja narządu wzroku
	3	zaburzenia psychiczne
	4	dysfunkcje o podłożu neurologicznym
	5	dysfunkcja narządu mowy i słuchu
	6	pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną nr:
10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – Tak ☐ / Nie ☐
11. Czy porusza się Pan(i):

Zaznaczyć właściwie	W domu
	1) samodzielnie
	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych





Zaznaczyć właściwie	Poza miejscem zamieszkania
	1) samodzielnie
	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – Tak ☐ / Nie ☐

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób? -

Tak ☐ / Nie ☐

15. Czy Pan(i) wspólnie zamieszkuje i gospodaruje:

TAK	NIE	
		
		z inną osobą z niepełnosprawnością
		z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia osób bliskich
		W rodzinie (ile osób) w tym:
		☒ z rodzicami (ile osób)
		☒ z małżonkiem
		☒ z dziećmi (ile osób)
		☒ z dziadkami (ile osób)
		☒ z wnukami (ile osób)
		z partnerem
		z innymi osobami spokrewnionymi (ile osób)
		z innymi osobami niespokrewnionymi (ile osób)

16. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej)





lub w rodzinnym domu dziecka¹? - Tak ☐ / Nie ☐

17. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce², gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? - Tak ☐ / Nie ☐

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć:

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

.....

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....

.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

.....

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

Tak	Nie	Rodzaj pomocy
		ubieranie

¹ Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).

² Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

³ Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.





		korzystanie z toalety
		myciu głowy, myciu ciała, kąpeli
		czesanie
		golenie
		wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
		obcinaniu paznokci rąk i nóg
		zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
		zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
		zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
		przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
		słaniu łóżka i zmianie pościeli

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

Tak	Nie	Rodzaj pomocy
		w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
		dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)
		w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
		utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
		pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
		podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
		transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

Tak	Nie	Rodzaj pomocy
		pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
		pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym





		pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
		pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
		asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
		transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

Tak	Nie	Rodzaj pomocy
		obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
		wyjście na spacer
		asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
		załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
		pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy
		wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
		notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
		pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
		wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
		w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** ☐ / **Nie** ☐

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** ☐ / **Nie** ☐

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form

wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

Instytucja	Formy pomocy/wsparcia	Czy jest Pan/i zadowolony z usługi		Czy Pan/i korzysta z formy pomocy/wsparcia		
		TAK	NIE	TAK	NIE	Dlaczego NIE*
MOPS	Zasiłek stały	☒	☒	☐	☐	





	Zasiłek okresowy					
	Program „Posiłek w Szkole i w Domu” na lata 2024-2028					
	Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027					
	Usługi opiekuńcze /specjalistyczne usługi opiekuńcze/pomoc sąsiedzka					
Prywatnie opłacana osoba	Usługi opiekuńcze					
Osoba sprawująca opiekę	Czy jest?					
	Czy pobiera świadczenie pielęgnacyjne					
Środowiskowy Dom Samopomocy (ŚDS)	Dzienna forma wsparcia					
Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ)	Dzienna forma wsparcia					
Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy (OREW)	Dzienna forma wsparcia					
Inne formy wsparcia dziennego	Jakie:					
Inne jakie:						

Jeżeli osoba korzystała z danej formy pomocy/wsparcia, a obecnie nie korzysta wpisać **dla czego nie korzysta. Jeżeli osoba nigdy nie korzystała z danej formy pomocy/wsparcia wpisać „**NIE DOTYCZY**”.*

3. Czy ubiega się Pan(i) o świadczenie wspierające? **Tak** ☐ / **Nie** ☐
4. Czy otrzymał/a Pan(i) pozytywną decyzję o przyznaniu świadczenia wspierającego? **Tak** ☐ / **Nie** ☐
5. Czy otrzymuje Pan(i) świadczenie wspierające? **Tak** ☐ / **Nie** ☐
6. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?
Tak ☐ / **Nie** ☐

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin:
- b. limitu wykorzystanych godzin:
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane:
.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.





3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Rekrutacyjnego do program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w mieście Grajewo.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
6. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) lit. a i b Programu.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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.





Grajewo, dnia

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

.....
(Imię i Nazwisko uczestnika)

.....
(adres)

**Oświadczenie
Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego**

Ja, Uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika
oświadczam, że Pani/Pan zam.
..... nie* jest członkiem mojej rodziny /
rodziny uczestnika programu w rozumieniu pkt IV, ust. 5 Programu oraz nie zamieszkuje razem z uczestnikiem
Programu/ opiekunem prawnym uczestnika.

(Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).

Jestem świadomy/świadoma* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**.

dnia r.

.....
(podpis czytelny)

*niepotrzebne skreślić

** Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „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”.





Kluczula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mrpips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana służbowych danych jako pracownika urzędu wojewódzkiego albo jako pracownika urzędu gminy/urzędu powiatu (zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych):

- imię, nazwisko,
- zajmowane stanowisko,
- miejsce pracy,
- numer telefonu,
- adres e-mail.

Kategoria osób

Pracownicy urzędów wojewódzkich oraz pracownicy urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026.

Źródło pozyskania danych osobowych

Bezpośrednio, na podstawie art. 13 RODO, od pracowników urzędów wojewódzkich albo pracowników urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026.

Pośrednio, na podstawie art. 14 RODO, od urzędów wojewódzkich oraz urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: art. 6 ust. 1 lit. c RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w związku z art. 7 ust. 5 i art. 16 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848), art. 60-67 i art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.) i ww. Program;





- art. 6 ust. 1 lit. e RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym;
- art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy;
- art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes administratora polegający na dochodzeniu ewentualnych roszczeń.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generatora Funduszu Solidarnościowego, tj. narzędzia informatycznego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mriips.gov.pl>, w którym są przetwarzane Pani/Pana dane.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- w zakresie przewidzianym przez przepisy prawa.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

.....
Podpis kandydata





**Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grajewie.**

Zgodnie z 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 dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest *Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie, ul. Strażacka 6, 19-200 Grajewo, tel.: +48862730860, e-mail: mops@mops.grajewo.pl.*
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@mops.grajewo.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra, Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848 z późn. zm.).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Miasto Grajewo/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Podlaskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.³⁾
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, tel.: 22 531 03 00 e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

.....
Podpis kandydata

³⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat (należy wskazać nazwę gminy/powiatu) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 15 do Programu.

