



**Załącznik nr 2 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 gospodarującą? Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli tak to czy ma Pan(i) możliwości korzystania ze wsparcia osób bliskich? 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-

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).





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

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
		korzystanie z toalety
		myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
		czesanie
		golenie
		wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
		obcinaniu paznokci rąk i nóg

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.





		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 oparzeń
		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) i 2) 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 rodzica/ opiekuna prawnego*)

.....
(Imię i Nazwisko uczestnika/dziecka niep. *)

.....
.....
(adres)

DEKLARACJA

Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Ja, matka/ojciec/opiekun prawny* uczestnika programu wskazuje Panią/Pana zam. jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu. Jednocześnie akceptuję wybór ww. Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej dla mojego dziecka.

dnia r.

.....
(podpis czytelny rodzica/opiekuna prawnego*)

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

niniejszym oświadczam, że:

- usługa asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością nie jest realizowana na terenie szkoły/placówki oświatowej, do której uczęszcza moje dziecko/podopieczny/a.

Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż usługa asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością może być realizowana wyłącznie poza placówką edukacyjną i nie może zastępować obowiązków nauczycieli, wychowawców ani specjalistów zatrudnionych w szkole.

Oświadczenie składam w celu przedłożenia w związku z udziałem mojego dziecka /podopiecznego w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.

dnia r.

.....
(podpis czytelny rodzica/opiekuna prawnego*)





Grajewo, dnia

.....
(Imię i Nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego*)

.....
(Imię i Nazwisko uczestnika/dziecka niep. *)

.....
.....
(adres)

**Oświadczenie
Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego**

Ja, matka/ojciec/ 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/ matką/ojcem/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.mrips.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 wnioski.
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.

