



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością „ dla JST-edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

***Klauzula informacyjna dla uczestników Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025***

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 Państwa danych jest: Gmina Ozorków oraz Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Ozorków, ul Wigury 14, 95-035 Ozorków
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [iod@ug-ozorkow.pl](mailto:iod@ug-ozorkow.pl).
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025, 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, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST– edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848).
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 rozpatrzone 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 udostępnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Ozorków, w szczególności dane uczestników, osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych będą udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Łódzkiemu Urzędowi Wojewódzkiemu m.in. do celów sprawozdawczych i kontrolnych.
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania, usunięcia po okresie archiwizacji oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, email: 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 JST – edycja 2025 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

Miejscowość i data: .....  
(czytelny podpis uczestnika Programu/asystenta )