

KLAUZULA INFORMACYJNA

(Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – edycja 2026, pełnienie funkcji na podstawie wskazania z karty zgłoszenia)

Realizując obowiązek informacyjny wynikający z art. 14 ust. 1 i ust. 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 (dalej: RODO), informujemy, że:

- 1) Administratorem Danych Osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Hańsku, Adres: ul. Osiedlowa 4, 22-235 Hańsk Pierwszy. Kontakt: tel. (82) 571 40 28, e-mail: gops@hansk.pl
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, który udziela odpowiedzi na pytania dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych. Kontakt z IOD jest możliwy pod adresem e-mail: beata.woroszylo@bewaconsulting.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach i na podstawach prawnych:
 - a) realizacji programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, w tym w szczególności w zakresie pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością na podstawie wskazania wynikającego z karty zgłoszenia: art. 6 ust. 1 lit. b RODO (niezbędność do wykonania umowy lub podjęcia działań przed jej zawarciem), art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek prawny ciążyący na administratorze), art. 6 ust. 1 lit. e RODO (wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym);
 - b) przetwarzania danych szczególnych kategorii, w tym danych dotyczących zdrowia osób z niepełnosprawnością, w zakresie niezbędnym do realizacji programu: art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z przepisami prawa krajowego;
 - c) realizacji zadań wobec małoletnich, w tym weryfikacji spełnienia wymogów wynikających z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich – w przypadku świadczenia usług na rzecz dzieci.
- 4) Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane od osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego, w szczególności z karty zgłoszenia do programu.
- 5) Administrator może przekazać Pani/Pana dane osobowe: organom władzy publicznej oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności: sądom, prokuraturze, Policji, organom kontroli, ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego, Wojewodzie – w celach sprawozdawczych, kontrolnych i nadzorczych; podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- 6) Administrator będzie przetwarzał dane osobowe przez okres: realizacji programu oraz po jego zakończeniu przez czas wynikający z przepisów prawa, w szczególności przepisów o archiwizacji i rachunkowości.
- 7) Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, W przypadku kiedy uznają Państwo, że przetwarzamy dane osobowe niezgodnie z prawem, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych..
- 8) Nie będą Państwo podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu i wywołuje wobec Państwa skutki prawne.
- 9) Dane osobowe nie będą przetwarzane poza UE.
- 10) Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026. Niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości realizacji programu.

.....
data i podpis uczestnika/ opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY-ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ¹

- Wyrażam zgodę - na przetwarzanie moich danych osobowych tj. imię i nazwisko oraz nr telefonu do celów kontaktowych w związku z pełnieniem funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.
- Nie wyrażam zgody - na przetwarzanie moich danych osobowych tj. imię i nazwisko oraz nr telefonu do celów kontaktowych w związku z pełnieniem funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

data i podpis

¹ Informujemy również, że wyrażona zgoda może zostać odwołana w dowolnym czasie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem