



## **OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/UCZESTNIKA PROGRAMU**

**pn. „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI – EDYCJA 2024”  
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

***Ja, niżej podpisany/a:***

.....  
*(Imię i nazwisko/PESEL Beneficjenta)*

.....  
*(miejsce zamieszkania/adres)*

1. Oświadczam, że w związku z realizacją Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami – edycja 2024”, zwanego dalej Programem:

<p>➤ przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest:</p>	<p>Dane Administratora - Nazwa i adres:</p>
---	---

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym stopnia i rodzaju niepełnosprawności) oraz publikację wizerunku wyłącznie w celu realizacji i obsługi Programu.
  - wyrażam zgodę na udostępnianie przez Administratora moich danych osobowych innym podmiotom w szczególności Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej, Lubelskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu oraz w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością Programu.
2. Dane osobowe będą przetwarzane maksymalnie przez okres 5 lat lub do wcześniejszego wycofania zgody przez beneficjenta. Wycofanie zgody nie ma wpływu na legalność przetwarzania, która miała miejsce przed wycofaniem zgody.
3. Przetwarzanie danych jest prawnie uzasadnione interesami Administratora lub strony trzeciej, w szczególności Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego. Prawo wglądu do treści danych osobowych mają także organy administracji publicznej w ramach wykonywania czynności kontrolnych i sprawozdawczych, w tym ZUS i Urząd Skarbowy.
4. Beneficjent Programu ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych jak też ma prawo do żądania ich poprawienia lub usunięcia na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27-04-2016 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 (RODO) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz.1000 z późn. zm.).
5. Beneficjent ma prawo sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania oraz prawo do przenoszenia swoich danych osobowych zgodnie z art. 15-20 RODO. Beneficjent ma także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych w przypadkach określonych w art. 21 RODO.
6. Beneficjent ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.

Z powyższych praw Beneficjent może skorzystać występując z pisemnym wnioskiem skierowanym do Administratora na podany powyżej adres.

**Podpisy:**

.....  
(oświadczenie złożono w obecności  
przedstawiciela Administratora Danych)

.....  
*(data, czytelny podpis Beneficjenta/opiekuna prawnego)*



## OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/UCZESTNIKA PROGRAMU

### „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2024

W związku z uczestnictwem w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024, oświadczam, że:

1. w godzinach świadczenia usługi asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024 nie będę korzystał/ a z usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), innych usług opiekuńczych finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł,
2. usługi asystenckie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024 nie będą świadczone przez osoby z najbliższej rodziny, za które uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem lub gdy Zleceniobiorca faktycznie zamieszkuje razem z Uczestnikiem Programu,
3. w przypadku wskazania/ rekomendacji asystenta/ów przez Uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego do realizacji usług asystenckich wskazane osoby będą przygotowane do realizacji wobec Niego usług asystencji osobistej.

*/Imię i nazwisko oraz kontakt do wskazanego/nych asystenta/ów/*

.....

.....

.....

.....

.....

---

*(miejsowość, data, podpis Beneficjenta/ Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*