Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Nabór wniosków do Programu *„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025*

W związku z planowanym przystąpieniem Ośrodka Pomocy Społecznej w Płoniawach-Bramurze do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, ogłoszonego przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w dniu 29.07.2024r., otwieramy nabór uczestników do ww. Programu.

Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

Adresatami Programu są:

1. dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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

oraz

2. osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:
a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
c) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych strefach życia, w tym:

1) wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;

2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;

3) wsparcie uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;

4) wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

Każda osoba zgłaszająca się do Programu powinna przedłożyć:

1. k*artę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,*

2. kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,

*3. p*odpisaną *Klauzulę informacyjną,*

4. oświadczenie dotyczące wskazania asystenta.

Wszystkie ww. wzory dokumentów dostępne są w siedzibie OPS.

Złożenie zgłoszenia do Programu nie jest jednoznaczne z przyznaniem usług asystenckich. Kwalifikowanie do Programu odbywać się będzie z uwzględnieniem osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, zgodnie z założeniami Programu, nie wcześniej jednak niż po przyznaniu środków finansowych dla Gminy na realizację powyższego zadania. O zakwalifikowaniu do Programu realizator poinformuje wszystkich zainteresowanych po otrzymaniu informacji o przyznaniu środków na realizację Programu.

Zgłoszenia do Programu należy dokonać bezpośrednio w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Płoniawach-Bramurze do dnia 20.08.2024r. do godz. 15.00

Usługi asystencji osobistej może świadczyć w pierwszej kolejności osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego ale niebędąca członkiem rodziny uczestnika, opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującą z uczestnikiem.
W przypadku gdy asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego asystenta wskazuje realizator. Wówczas asystentem może zostać osoba, która:

1. posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK,

fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub

2. posiadająca co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu.

Szczegółowe informacje można uzyskać od pracowników OPS w Płoniawach-Bramurze, pod numerem telefonu: **29 71 78 962**.

*Z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 202*5 można zapoznać się na stronie Biura Pełnomocnika Rządu Do Spraw Osób Niepełnosprawnych (https://niepełnosprawni.gov.pl) zakładka Fundusz Solidarnościowy.

Załącznik nr 7 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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:
   1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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: ……
10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak ☐ / Nie ☐**
11. Czy porusza się Pan(i):

W domu ☐	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
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, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak ☐ / Nie ☐**

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak ☐ / Nie ☐**

II. ŚRODOWISKO:

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

……

……

……

……

……

……

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[1]:

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?

[1] Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

……

……

……

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:

      a) ubieranie **Tak ☐ / Nie ☐**;

      b) korzystanie z toalety **Tak ☐ / Nie ☐**;

      c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak ☐ / Nie ☐**;

      d) czesanie **Tak ☐ / Nie ☐**;

      e) golenie **Tak ☐ / Nie ☐**;

      f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak ☐ / Nie ☐**;

      g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak ☐ / Nie ☐**;

      h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak ☐ / Nie ☐**;

      i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak ☐ / Nie ☐**;

      j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak ☐ / Nie ☐**;

      k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak ☐ / Nie ☐**;

      l) słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak ☐ / Nie ☐**.

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

      a) 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 **Tak ☐ / Nie ☐**;

      b) 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) **Tak ☐ / Nie ☐**;

      c) 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 **Tak ☐ / Nie ☐**;

d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;

e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak ☐ / Nie ☐**;

f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak ☐ / Nie ☐**;

g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak ☐ / Nie ☐**.

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak ☐ / Nie ☐**;

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak ☐ / Nie ☐**;

c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak ☐ / Nie ☐**;

d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak ☐ / Nie ☐**;

e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak ☐ / Nie ☐**;

f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak ☐ / Nie ☐**.

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

a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak ☐ / Nie ☐**;

b) wyjście na spacer **Tak ☐ / Nie ☐**;

c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak ☐ / Nie ☐**;

d) 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 **Tak ☐ / Nie ☐**;

e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak ☐ / Nie ☐**;

f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak ☐ / Nie ☐**;

g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak ☐ / Nie ☐**;

h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak ☐ / Nie ☐**;

i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak ☐ / Nie ☐**;

j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak ☐ / Nie ☐**.

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?

   ……

   ……
3. 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/były 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 2025.
4. 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 2023 r. poz. 901 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.

5. 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 2025 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 2025 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 wskazaniami 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.

Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – 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 danych osobowych jest *Ośrodek Pomocy Społecznej Płoniawy-Bramura 83C, 06-210 Płoniawy-Bramura, tel.29 717-89-62, faks: 29 717-89-69, e-mail: ops@ploniawy-bramura.pl*
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: *rodoanka@gmail.com*
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– 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 i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla

Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.

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 *Ośrodek Pomocy Społecznej w Płoniawach-Bramurze*, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Mazowieckiemu Urzędowi Wojewódzkiemu w Warszawie m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.[1)]
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. Stawki 2, 00-193 Warszawa, 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 2025 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

[1)] W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych Ośrodek Pomocy Społecznej w Płoniawach-Bramurze zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 17 do Programu.

Załącznik nr 15 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

WZÓR

Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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 przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 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 danych:
W przypadku osoby do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.
W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.
W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie

programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją..

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 przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

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 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

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) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych
Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

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 2025.