

Pieczęć wpływu	Wniosek nr
----------------	------------------

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się
i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny: dziecka/małoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne
Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego lub kopię pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania mocodawcy.	

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY¹

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

¹ osoba upoważniająca inną osobę (pełnomocnika) do działania w swoim imieniu poprzez udzielenie jej pełnomocnictwa

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne: <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): (Proszę wskazać koszt zakupu każdego z przedmiotów)	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania. Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklaryowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowania.

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł dofinansowania

UWAGA!!

1. Koszty poniesione przed zawarciem umowy nie podlegają dofinansowaniu.
2. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – Dane dodatkowe

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
 Bezrobotny poszukujący pracy
 Rencista poszukujący pracy
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
 Dzieci i młodzież do lat 18
 Inne/jakie?

OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie z siedzibą przy ul. Marii Koryznowej 2d przysługują mi prawa do: dostępu do danych osobowych, uzyskania kopii danych, sprostowania danych oraz ograniczenia przetwarzania; klauzula informacyjna (zgodnie z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO), jest dostępna w formie papierowej w siedzibie Działu ds. osób niepełnosprawnych MOPR przy ul. Zemborzyckiej 88-92 w Lublinie oraz na stronie internetowej www.mopr.lublin.eu w zakładce ochrona danych osobowych „klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie”.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania podanych przeze mnie danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	Uzasadnienie do składanego wniosku (załącznik nr 1 do wniosku)
2.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 4 do wniosku)
3.	Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 2 do wniosku)
4.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia
5.	Kopia zaświadczenia lub orzeczenia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej
6.	Kopia pełnomocnictwa w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika
7.	Kopia aktu własności nieruchomości/decyzja o użytkowaniu wieczystym nieruchomości - dotyczy barier architektonicznych
8.	Zgoda właściciela budynku lub lokalu na wykonanie planowanych prac - dotyczy barier architektonicznych (załącznik nr 3 do wniosku)

UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU ZE WSKAZANIEM POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. Proszę uzasadnić potrzebę zakupu wnioskowanego sprzętu w odniesieniu do posiadanej niepełnosprawności. Należy opisać, z jakimi czynnościami ma Pan/Pani problemy z powodu schorzeń będących przyczyną Pana/Pani niepełnosprawności, oraz w jaki sposób wnioskowany sprzęt pozwoli usprawnić/umożliwić wykonywanie tych czynności:

2. Proszę wskazać, w jaki sposób radził/a sobie Pan/Pani przed złożeniem wniosku:

Stan zdrowia pozwala na wychodzenie z domu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Poruszam się poza domem samodzielnie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mieszkam sam/a. Jeśli nie, proszę wymienić ilość osób i stopień pokrewieństwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mieszkam z innymi osobami niepełnosprawnymi; Jeśli tak proszę wskazać stopnie i rodzaje niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Korzystam z pomocy osób drugih (np. rodzina, znajomi, usługi opiekuńcze). Jeśli tak, proszę o wskazanie z jakiej pomocy Pan/Pani korzysta.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy korzysta Pan/Pani z innych (nie wymienionych powyżej) środków pomocniczych / ortopedycznych? Jeśli tak, proszę wskazać jakich?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Pan/Pani lub osoba wspólnie zamieszkująca kiedykolwiek korzystała z dofinansowania ze środków PFRON do wnioskowanego obecnie sprzętu? Jeśli tak, proszę określić rok uzyskania dofinansowania i wyjaśnić dlaczego ponownie wnioskuje Pan/Pani o taki sam sprzęt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Pan/Pani lub osoba wspólnie zamieszkująca posiada aktualnie wnioskowany sprzęt*?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU

DOTYCZĄCE WYŁĄCZNIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH I TECHNICZNYCH

Proszę wskazać właściciela budynku / mieszkania, w którym będzie znajdował się sprzęt lub w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (proszę wskazać osoby będące właścicielami budynku/mieszkania):

Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku/mieszkania (należy podkreślić):

- dom jednorodzinny / wielorodzinny prywatny / wielorodzinny komunalny / blok spółdzielczy / inne, jakie?

- budynek parterowy / piętrowy
(na którym piętrze Pan/Pani mieszka oraz ile pięter ma budynek),

- przybliżony wiek budynku lub rok budowy,

- łazienka jest wyposażona w: wannę / brodzik / kabinę prysznicową / umywalkę / muszlę ustępową,

- inne istotne informacje o warunkach mieszkaniowych

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

Lublin, dnia

.....
pieczęć placówki ochrony zdrowia

Zaświadczenie lekarskie
wydane na potrzeby Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Lublinie
(załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się/ architektonicznych)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

.....

adres zamieszkania:

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

.....
.....
.....
.....

2. Potrzeby pacjenta w zakresie likwidacji barier wynikających z niepełnosprawności:

.....
.....
.....
.....

3. Rodzaj sprzętu (z uwzględnieniem informacji, w jaki sposób sprzęt ułatwi lub umożliwi pacjentowi wykonywanie codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem):

.....
.....
.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

**OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI
(dotyczy likwidacji barier architektonicznych)**

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:

Jako właściciel/współwłaściciel¹ lokalu/mieszkania/budynku przy ul. w Lublinie,
wyrażam zgodę na wykonanie prac adaptacyjnych w postaci:

.....
.....
.....
.....

w celu likwidacji barier architektonicznych na rzecz Pana/Pani
pod wyżej wskazanym adresem.

.....
(czytelny podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca przetwarzania danych osobowych
W MIEJSKIM OŚRODKU POMOCY RODZINIE W LUBLINIE
w celu realizacji zadań powiatu finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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. Nr 119 z 4.05.2016 str. 1, z późn. zm.) - zwanego dalej „RODO”, informujemy Panią/Pana o sposobie i celu w jakim przetwarzamy dane osobowe Pani/Pana oraz innych osób, których przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do do realizacji zadań powiatu finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a także o przysługujących Pani/Panu i innym osobom prawach wynikających z regulacji o ochronie danych osobowych:

TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie reprezentowany przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Lublinie.
DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA	adres: ul. Marii Koryznowej 2d, 20-137 Lublin telefon: 081 466 53 00 email: centrum@mopr.lublin.eu
INSPEKTOR OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH	W Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Pani/Panu praw związanych z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem ochrony danych można się kontaktować pisemnie na adres: <ol style="list-style-type: none"> 1. mail: inspektorochronydanych@mopr.lublin.eu 2. ul. Marii Koryznowej 2d, 20-137 Lublin
CELE PRZETWARZANIA ORAZ PODSTAWA PRAWNA	Dane osobowe Pani/Pana i innych osób (osób niepełnosprawnych, dla których jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym/ opiekunem/ kuratorem/ pełnomocnikiem) oraz osób, z którymi osoba niepełnosprawna pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadań powiatu realizowanych przez Miasto Lublin – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, dane osobowe zawarte we wniosku i w załącznikach do niego będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, dane osobowe zawarte we wniosku i w załącznikach do niego będą przetwarzane w celu archiwalnym. Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie zawartych we wniosku o dofinansowanie, załącznikach do wniosku lub umowie stanowi: <ol style="list-style-type: none"> 1. art. 6 ust. 1 lit. b RODO (tj. niezbędność do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy); 2. art. 6 ust. 1 lit. c RODO (tj. niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze); 3. art. 6 ust. 1 lit. e RODO (tj. niezbędność do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi); 4. art. 9 ust. 2 lit. b RODO (tj. niezbędność do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państw członkowskich, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą); 5. art. 9 ust. 2 lit. c RODO (tj. niezbędność do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej a osoba, której dane dotyczą, jest fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody); 6. art. 9 ust. 2 lit. g RODO (tj. niezbędność 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

	<p>i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, których dane dotyczą);</p> <p>7. art. 35a ust. 2 pkt 1, art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;</p> <p>8. § 1, § 5, § 11 i § 14 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;</p> <p>9. art. 14 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;</p> <p>10. art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.</p>
PRZEKAZYWANIE DANYCH	Pani/Pana dane nie trafią poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein, Islandię).
ODBIORCY DANYCH	Dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa, podmiotom z którymi Administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy przetwarzaniu (Tylda Sp. z o.o. ul. Marszałka J. Piłsudskiego 1/17, 37-200 Przeworsk) oraz na podstawie porozumienia dot. przetwarzania danych osobowych w sprawie wspólnej obsługi organizacyjno - administracyjnej jednostek organizacyjnych Gminy Lublin zaliczanych do sektora finansów publicznych do Urzędu Miasta Lublin.
OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie będzie przechowywać Pani/Pana dane osobowe do momentu realizacji wyżej wskazanego celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a następnie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne w interesie publicznym, cele badań naukowych lub historycznych lub cele statystyczne – BE10 tj. 10 lat począwszy od 1 stycznia roku następnego od daty załatwienia sprawy. Po tym okresie dane podlegają ekspertyzie archiwalnej przeprowadzonej przez Archiwum Państwowe. W zależności od decyzji archiwum państwowego okres wykorzystania danych w celu archiwalnym zostanie przedłużony lub dane zostaną usunięte.
PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA	<p>W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana i innych osób, przysługują Pani/Panu następujące prawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prawo dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii – art. 15 RODO; 2. prawo żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – art. 16 RODO; 3. prawo żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 RODO; 4. prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 18 RODO; 5. prawo do przenoszenia danych art. 20 RODO; 6. prawo do wyrażenia sprzeciwu art. 21 RODO;
PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO URZĘDU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH	Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
PODANIE DANYCH	Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, odmowa ich podania spowoduje brak możliwości rozpatrywania wniosku, uniemożliwi przyznanie dofinansowania lub/i zawarcie umowy.
ZAUTOMATYZOWANIE I PROFILOWANIE DANYCH	Pani/Pana dane nie będą podlegać automatycznym sposobom przetwarzania danych opierających się na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym nie będą podlegać profilowaniu.

Zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną

.....
(data i podpis)

Zobowiązuję się do udostępnienia niniejszej klauzuli informacyjnej wszystkim osobom, których dane są chronione, a ich podanie było niezbędne do uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie