**Załącznik Nr 1**

do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w programie

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie**

**ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa, Tel/Fax.: 41 39-44-993,**

**www.pcprwloszczowa.pl, e-mail:**[**biuro@pcprwloszczowa.pl**](mailto:biuro@pcprwloszczowa.pl)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**,,POMOC OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM POSZKODOWANYM W WYNIKU ŻYWIOŁU LUB SYTUACJI KRYZYSOWYCH WYWOŁANYCH CHOROBAMI ZAKAŹNYMI”**

**PROGRAM W RAMACH MODUŁU IV**

**FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI**

**OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane**  **Beneficjenta** | Imię i nazwisko |  |
| Płeć: | Kobieta Mężczyzna |
| PESEL |  |
| **Dane**  **kontaktowe** | Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| **Dane osobowe**  **rodzica/opiekuna prawnego** | Imię i nazwisko |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Gmina |  |
| Tel kontaktowy |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Status na rynku pracy** | Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy | Tak Nie |
| Jestem osobą bierną zawodowo (np. renta, emerytura, nie pracująca) | Tak Nie |
| Jestem osobą uczącą się | Tak Nie |
| **Dane dodatkowe** | Jestem osobą z niepełnosprawnościami | Orzeczenie o niepełnosprawności  Orzeczenie o niepełnosprawności  w stopniu: znacznym  umiarkowanym  lekkim  Grupa inwalidzka: I grupa  II grupa  III grupa  Całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji  Całkowita niezdolność do pracy  Częściowa niezdolność do pracy |
|  | Niepełnosprawność sprzężona (2 lub 3 przyczyny niepełnosprawności | Tak Nie |
| **Dane dotyczące gospodarstwa domowego** | Jestem osobą samotnie gospodarującą | Tak Nie |
| Średniomiesięczny dochód netto przypadający na jednego członka w rodzinie  (IV, V, VI 2021r) | do 1000 zł  powyżej 1000 zł do 1500 zł  powyżej 1500 zł do 2000 zł  powyżej 2000 zł |

**Do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć:**

1. Orzeczenie o niepełnosprawności

2. Dochody netto za II kwartał 2021 roku osoby niepełnosprawnej i osób wspólnie gospodarujących, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

**Klauzula Informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie, ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl)

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu :

* przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
* przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
* w innych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r ,

4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa*,*

6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

8) podanie Pani/Pana danych jest wymogiem ustawowym, wynika z realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa,

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781 z póź. zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem procesu rekrutacji oraz udziału w programie.

.…………………………………………………………………… …………………………………………………………………….

miejscowość i data podpis Beneficjenta programu lub rodzica/opiekuna