

KLAUZULA INFORMACYJNA
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 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 119z 04.05.2016), zwanego dalej RODO, informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich, 41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Szkolna 17.

Z Inspektorem ochrony danych, można skontaktować się pod podanym numerem telefonu 32/765 62 47 oraz adresem e-mail iod@mops.siemianowice.pl.

Podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – „Aktywny samorząd” uruchomionego i realizowanego na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z aktami wykonawczymi.

Odbiorcami Pani\ Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, którym administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na mocy umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub innego instrumentu prawnego.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania ww. celu. Po upływie tego czasu dane osobowe będą przechowywane do celów archiwizacyjnych przez okres wskazany w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich. Po upływie okresu przechowywania i po uzyskaniu zgody dyrektora właściwego archiwum państwowego, dokumentacja niearchiwalna podlega brakowaniu.

Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.

W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej a także nie będą przedmiotem zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Zapoznałam/em się

.....
podpis

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z ust. 19 kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów programu „Aktywny samorząd” w 2024 roku, i tym samym informuję, iż w ramach programu:

- Student I: otrzymałam/em łącznie dofinansowanie dosemestrów
- Student II: otrzymałam/em łącznie dofinansowanie do semestrów
- Aktywny Samorząd- Moduł II- otrzymałam/em łącznie dofinansowanie dosemestrów.

Podpis i data wnioskodawcy

.....

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

.....Rok nauki..... semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) semestr nauki: tak (który semestr) nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: tak nie

Czy Pan/Pani w poprzednim semestrze pobierał(a) lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej

tak

nie

hybrydowo

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: tak nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze**

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi.....zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane z innych środków: nie tak

jeśli tak, to z jakich:

1. w wysokości zł

2. w wysokości zł

Średnia ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) ** (średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni skala ocen.....

Organizacja roku akademickiego (szkolnego) / r. w jednym półroczu:	
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	

*-niepotrzebne skreślić

** - jeżeli dotyczy

Data, podpis pracownika jednostki organizacyjnej szkoły

.....

Oświadczam, że:

powtarzałem/am semestr dofinansowany ze środków PFRON (właściwe zaznaczyć):

- nie
- tak (jeśli tak, który semestr i na jakim poziomie nauki (np. studia I stopnia, studia II stopnia)

ubiegam się o dofinansowanie ze środków PFRON za pośrednictwem elektronicznego systemu SOW po raz pierwszy, nigdy nie otrzymałem/am zwiększonego dodatku z tego tytułu (właściwe zaznaczyć)

- nie
- tak
- nie dotyczy (składałem wnioski tradycyjnie, papierowo)

poprzednim semestrze pobierałem/am lub aktualnie pobieram naukę w formie zdalnej

- nie
- tak
- hybrydowo

nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mops.siemianowice.pl.

posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów realizacji zadania określone obowiązującymi przepisami pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” (jeśli dotyczy).

przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy.

.....
data i podpis

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

.....
(data)

.....
(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Prośba o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Pesel:

Na podstawie rozdziału I ust. 4 dokumentu pn. „Zasady (...)”, zwracam się do Realizatora programu z prośbą o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na zadanie:

<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie 2	<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie 3
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu słuchu)
<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie 4	<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu słuchu)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja wzroku lub obu rąk)	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego
<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 3	<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 4	<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 5
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja słuchu)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej zakupionego sprzętu elektronicznego
<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 2	<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 3
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy na III lub IV poziomie jakości
<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 4	<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 5	<input type="checkbox"/> Obszar D
pomoc w utrzymaniu sprawności posiadanej protezy na III lub IV poziomie jakości	Pomoc w zakupie skutera elektrycznego lub napędu elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
<input type="checkbox"/> MODUŁ II		
pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym		

Informacje dodatkowe:

.....

Data, podpis Wnioskodawcy

.....

Lista załączników:

- orzeczenie o niepełnosprawności,
- zaświadczenie z uczelni/szkoły,
- dokument stanowiący opiekę prawną – przedstawiciel ustawowy - jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną (jeśli dotyczy),
- klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych,
- pełnomocnictwo notarialne (jeśli dotyczy),
- zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu (jeśli dotyczy), z informacją czy pracodawca partycypuje w kosztach nauki,
- oświadczenie dot. semestrów dofinansowanych z PFRON,
- oświadczenie osoby niepełnosprawnej, celem zapoznania i podpisania,
- prośba o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu Aktywny samorząd (jeśli dotyczy),
- w przypadku znacznych problemów w poruszaniu się i chęci ubiegania się z tego tytułu o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w wys. 770 zł, należy przedstawić pisemne uzasadnienie.