



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”

WNIOSEK O PRZYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA PROJEKTU „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”

(wypełnia wnioskodawca lub jego opiekun prawny)

I. DANE WNIOSKODAWCY

Dane wnioskodawcy, osoby pełnoletniej, nieubezważnowolnionej, odbiorcy usług społecznych.

Dane opiekuna ustawowego, opiekuna prawnego, faktycznego również należy wpisać w rubryce dane wnioskodawcy.

Jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezważnowolnionej jej dane należy wpisać w rubryce: DANE UCZESTNIKA USŁUG SPOŁECZNYCH.

Nazwisko i imię (imiona)										
Płeć										
<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
PESEL/Inny identyfikator										
Obywatelstwo										
Adres zamieszkania										
Ulica, nr domu/ nr lokalu										
Miejscowość, kod pocztowy										
Powiat										
Gmina										
Województwo										
Telefon kontaktowy										
Adres e-mail										
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)										
Wykształcenie:										
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe										
<input type="checkbox"/> podstawowe										
<input type="checkbox"/> gimnazjalne										
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: zawodowe										
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: średnie										
<input type="checkbox"/> pomaturalne/ policealne										
<input type="checkbox"/> wyższe										
Osoba bierna zawodowo:										
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, w tym:	<input type="checkbox"/> ucząca się - data zakończenia edukacji w obecnej placówce:								
		<input type="checkbox"/> nie ucząca się								



Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy:	
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba pracująca:	
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
W tym: (jeżeli dotyczy)	
<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne

II. DANE UCZESTNIKA USŁUG SPOŁECZNYCH

Dane osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej, odbiorcy usług społecznych. Jeśli osoba jest pełnoletnia i nieubezwłasnowolniona i dane są takie same jak wyżej, sekcji II nie trzeba wypełniać.

Nazwisko i imię (imiona)										
Płeć										
<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
Wiek w chwili przystąpienia do Projektu:										
PESEL/Inny identyfikator										
Poniższe wypełnić jeżeli dane są inne niż wnioskodawcy										
Adres zamieszkania										
Ulica, nr domu/ nr lokalu										
Miejscowość, kod pocztowy										
Powiat										
Gmina										
Województwo										
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)										
Telefon kontaktowy										

Adres e-mail	
--------------	--

III. STATUS ODBIORCY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Wykształcenie:	
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	
<input type="checkbox"/> podstawowe	
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: zawodowe	
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: średnie	
<input type="checkbox"/> pomaturalne/ policealne	
<input type="checkbox"/> gimnazjalne	
<input type="checkbox"/> wyższe	
Osoba bierna zawodowo:	
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy:	
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba pracująca:	
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
W tym (jeżeli dotyczy):	
<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne

IV. STATUS UPRAWNIAJĄCY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane, np. takiej jak Romowie)		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, jeśli tak, to jakiej:	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Osoba z niepełnosprawnościami:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności:	
Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
Osoba obcego pochodzenia:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK jeśli tak, jakiego:	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Obywatel państwa trzeciego:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK jeśli tak, jakiego:	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

V. OCENA PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO:

SKALA KATZA

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby badanej. Każdy znak X w kolumnie „TAK” oznacza 1 punkt

CZYNNOŚĆ	OPIS	SAMODZIELNOŚĆ	
		TAK	NIE
KĄPIANIE/MYCIE SIĘ	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic		
UBIERANIE SIĘ	Ubiiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek		
KORZYSTANIE Z TOALETY	Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)		
PORUSZANIE SIĘ	Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika)		
KONTROLOWANIE WYDALANIA MOCZU I STOLCA	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)		
JEDZENIE	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)		
<p>Każde TAK oznacza 1 punkt. PUNKTACJA: 5-6 - OSOBY SPRAWNE, 3-4 - OSOBY UMIARKOWANIE NIESPRAWNE, 2 - OSOBY ZNACZNIE NIESPRAWNE</p>			

SKALA LAWTONA

Proszę wpisać właściwą charakterystykę stanu osoby badanej:

3 punkty - bez pomocy

2 punkty - z niewielką pomocą

1 punkt - nie jest w stanie wykonać tej czynności

PYTANIE	PUNKTY
Czy potrafisz korzystać z telefonu?	
Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?	
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze?	
Czy możesz sam przygotować posiłki?	
Czy możesz sam wykonać prace domowe (sprząatanie)?	
Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?	
Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy?	
Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki?	
Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi?	
RAZEM	

SKALA BARTHELA

w punktach 1-10 należy wpisać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

NAZWA CZYNNOŚCI	WARTOŚĆ PUNKTOWA
Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
Utrzymanie higieny osobistej 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
Korzystanie z toalety (WC) 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	

<p>Mycie i kąpiel całego ciała</p> <p>0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika</p> <p>5= wymaga pomocy</p> <p>10=samodzielny</p>	
<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</p> <p>0= w ogóle nie porusza się</p> <p>5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby</p> <p>10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego</p>	
<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach</p> <p>0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby</p> <p>5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia</p> <p>10= samodzielny</p>	
<p>Ubieranie się i rozbieranie</p> <p>0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby</p> <p>5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby</p> <p>10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)</p>	
<p>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</p> <p>0= nie panuje nad oddawaniem stolca</p> <p>5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec</p> <p>10= kontroluje oddawanie stolca</p>	
<p>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</p> <p>0= nie panuje nad oddawaniem moczu</p> <p>5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz</p> <p>10= kontroluje oddawanie moczu</p>	
<p>Łączna liczba punktów</p>	

Wnioskuje o zakwalifikowanie mnie do poniżej wskazanej/yh przeze mnie usługi/usług:

(zaznacz X usługę, o którą wnioskujesz, może być więcej niż jedna)

<input type="checkbox"/> Dzienny Dom Pobytu Przystań w Bełchatowie
<input type="checkbox"/> Otoczenie podopiecznych Dziennego Domu Pobytu Przystań w Bełchatowie
<input type="checkbox"/> Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Bełchatów
<input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Żelów
<input type="checkbox"/> Klub Seniora w Zalesiu

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że projekt jest współfinansowany ze środków EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS.
2. Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową (jeśli dotyczy).
3. Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”.
5. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że złożenie Wniosku O Przyznanie Usługi Społecznej jest jednoznaczne z oświadczeniem o wyrażeniu woli uczestnictwa w projekcie.
6. Oświadczam, iż wypełnienie niniejszego Wniosku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
7. Oświadczam, że po zakwalifikowaniu się do Projektu, zobowiązuję się do złożenia następujących dokumentów:
 - Załącznik nr 3 – Deklaracja Uczestnictwa

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU lub jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej OPIEKUNA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO

Klauzula informacyjna RODO dla Uczestnika indywidualnego projektu (art. 14 RODO)

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

- a) Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl,
- b) Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi 90-608, ul. Wólczańska 49, tel.: 42 633 58 78, e-mail: lowu@wup.lodz.pl.

2. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na:

- a) adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora,
- b) adres e-mail: ochronadanych@wup.lodz.pl lub na adres siedziby administratora.

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

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:
 - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji

i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
- ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
- ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na rynku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu)

6. Źródło Pani/Pana danych:

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.

7. Odbiorcami/kategorią odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
- podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
- podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027/IP usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
- podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 / IP w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

8. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IP dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

9. Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
- przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany¹;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU lub jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej OPIEKUNA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO

¹ Jeśli dotyczy

Zgodnie z art. 13 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 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Przystań w Bełchatowie, ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów, nr tel. 516 045 250, adres e-mail: biuro@przystan.belchatow.pl
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest **świadczanie usług wsparcia w Domu Dziennego Pobytu Przystań** w związku z realizacją projektu „CUS II dla powiatu bełchatowskiego” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027, Priorytet 7 "Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem", Działanie FELD.07.09 "Usługi Społeczne i zdrowotne", zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. (Dz. Urz.UE L 231 z 30.06.2021, str. 159 oraz Dz. Urz. UE L 261 z 22.07.2021, str. 58).
3. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy), art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) w związku z art. 87 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. z 2022 r. poz. 1079) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (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).
4. 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.
5. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ich rodzice, opiekunowie i otoczenie, osoby zatrudnione/ świadczące/realizujące usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej oraz instytucje i podmioty zaangażowane w realizację projektu.
6. 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 i podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z Administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Przystań w Bełchatowie, w szczególności dane osób korzystających z usługi Domu Dziennego Pobytu Przystań lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego, podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu, podmiotom, wykonującym dla IZ FEŁ2027/IP usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorom pocztowym, firmom kurierskim oraz podmiotom dokonującym badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 / IP w związku z realizacją Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027”.
7. 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.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Wniosku o przyznanie usługi społecznej uczestnika projektu „CUS II dla powiatu bełchatowskiego” jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w projekcie.

.....
data i podpis