

## **Zapotrzebowanie na wsparcie w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2026**

(zgłoszenie zapotrzebowania nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do Programu)

.....  
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....  
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....  
telefon kontaktowy

### **1. Czy posiada Pani/Pan orzeczenie :**

- ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną\*
- ☐ o znacznym stopniu
- ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną\*
- ☐ o umiarkowanym stopniu albo
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913 z późn. zm.).

*\*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.*

### **2. W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia:**

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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?\*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

### **3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?\***

- ☐ TAK
- ☐ NIE

\*zaznaczyć właściwe

**4. Jaka miesięczna liczba godzin usług asystenta osobistego będzie Pani/Panu niezbędna w roku 2026?**

.....

**5. Czy w ramach usługi asystencji osobistej planuje Pani/Pan wyjazdy wraz z asystentem osobistym, jego własnym środkiem transportu poza miejsce swojego zamieszkania?**

☐ TAK

☐ NIE

**6. Czy w ramach usługi asystencji osobistej planuje Pani/Pan wyjazdy wraz z asystentem osobistym komunikacją publiczną lub prywatną?**

☐ TAK

☐ NIE

**7. Czy zamierza Pani/Pan korzystać/uczestniczyć wspólnie z asystentem osobistym w wydarzeniach kulturalnych, rozrywkowych, sportowych lub społecznych itp.?**

☐ TAK

☐ NIE

.....

(data i podpis)

#### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Przemyśle, 64-234 Przemyśl, ul. Jagiellońska 8.
2. Kontakt z Inspektorem ochrony danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Przemyśle: [iod\\_gops@przemet.ops.org.pl](mailto:iod_gops@przemet.ops.org.pl), tel. 65 615 69 82.
3. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:**
  - **realizacji usług asystencji osobistej** na podstawie art. 6 ust. 1 lit c, e RODO w związku z Programem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848);
  - prowadzenia dokumentacji księgowo-podatkowej oraz rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego - wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z Programem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026;

- archiwizacji danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
  - dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO - w związku z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny, art. 42 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych.
  5. Pani/Pana Państwa dane osobowe będą przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.
  6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
    - prawo żądania dostępu do treści swoich danych,
    - prawo żądania sprostowania swoich danych,
    - prawo żądania usunięcia danych,
    - prawo żądania ograniczenia przetwarzania,
    - prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że w związku z przetwarzaniem danych osobowych doszło do naruszenia praw wynikających z przepisów RODO.
  7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do wzięcia udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
  8. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w sposób częściowo zautomatyzowany, nie będą poddawane procesowi profilowania.

.....

data i podpis