

**Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych
osoby nie będącej właścicielem danych (osoby zależnej, dziecka, podopiecznego)**

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego/mojej:

.....
(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)

w zakresie określonym we wniosku o dofinansowania programu:

SAMODZIELNOŚĆ-AKTYWNOŚĆ-MOBILNOŚĆ/ Mieszkanie dla absolwenta

przez:

- 1) administratora danych - realizujące program w imieniu Powiatu Stargardzkiego Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, przy ul. Skarbowej 1, 73-110 Stargard, tel. e-mail: iod.pcpr@powiatstargardzki.pl, w celu realizacji wniosku o dofinansowanie: **kosztów wynajmu mieszkania lub domu przez okres do 36 miesięcy dla osób niepełnosprawnych spełniających kryteria programu,**
 - 2) administratora danych - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500, e-mail: iod@pfron.org.pl, w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych mojego/mojej:

.....
(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)

w zakresie:

- stanu zdrowia

•

przez:

- 1) administratora danych - realizujące program w imieniu Powiatu Stargardzkiego Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, przy ul. Skarbowej 1, 73-110 Stargard, tel. e-mail: iod.pcpr@powiatstargardzki.pl, w celu realizacji wniosku o dofinansowanie: **kosztów wynajmu mieszkania lub domu przez okres do 36 miesięcy dla osób niepełnosprawnych spełniających kryteria programu,**
 - 2) administratora danych - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500, e-mail: iod@pfron.org.pl, w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
3. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
data, czytelny podpis

Klauzula informacyjna

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie pod adresem www.pcprstargard.pl.
2. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie pod adresem www.pfron.org.pl.
3. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO.
4. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie pod adresem www.pcprstargard.pl oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie pod adresem www.pfron.org.pl przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie: **kosztów wynajmu mieszkania lub domu przez okres do 36 miesięcy dla osób niepełnosprawnych spełniających kryteria programu.**

.....
data, czytelny podpis