

ZAŁĄCZNIK NR 1

Formularz zgłoszeniowy uczestnika programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026

Dane uczestnika programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Adres zamieszkania:
4. Telefon kontaktowy:
5. E-mail:
6. Stopień niepełnosprawności (wpisać lub załączyć kopię orzeczenia):
7. Czy uczestnik korzysta z innych form pomocy? TAK / NIE (jakich?)
8. Krótki opis potrzeb w zakresie asystencji:
.....
9. Dane opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):
 - Imię i nazwisko:
 - Telefon:
 - Stopień pokrewieństwa:

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

.....

(data, podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

ZAŁĄCZNIK NR 2

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gorzowie Śląskim , 46-310 Gorzów Śląski ul. Wojska Polskiego 15, adres mailowy: ops@gorzowslaski.pl.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.
3. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie uniemożliwia udział w Programie.
4. Dane mogą być udostępniane instytucjom kontrolnym i finansującym Program.
5. Dane będą przechowywane przez okres realizacji i rozliczenia Programu, a następnie zgodnie z przepisami archiwizowane.
6. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści danych, ich poprawiania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania.
7. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych – Tomasz Trzciałkowski , 46-310 Gorzów Śląski ul. Wojska Polskiego 15, 34/3594008.
8. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.

.....
(podpis uczestnika / opiekuna prawnego)

ZAŁĄCZNIK NR 4

Oświadczenie uczestnika / opiekuna prawnego

Ja niżej podpisany/a,
zamieszkały/a,
oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji uczestników Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 i akceptuję jego warunki.
2. Oświadczam, że osoba zgłoszona do Programu nie korzysta równocześnie z usług asystenckich finansowanych z innych programów realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, Fundusz Solidarnościowy lub inne instytucje publiczne.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora o każdej zmianie w sytuacji osobistej, rodzinnej lub zdrowotnej uczestnika, która może mieć wpływ na udział w Programie.
4. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą i składam je świadomie, z pełną odpowiedzialnością.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich / osoby, której jestem opiekunem prawnym, w celu realizacji i rozliczenia Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis uczestnika / opiekuna prawnego)