|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Pieczęć** | **Data wpływu** | **Podpis osoby przyjmującej formularz** |

# DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZAPOTRZEBOWANIE NA SPRZĘT

**REHABILITACYJNY, PIELĘGNACYJNY I WSPOMAGAJĄCY-**

**WYPOŻYCZALNIA SPRZĘTU PROWADZONA PRZEZ**

**CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE TRYŃCZA**

Wypełnia Kandydat/ -ka:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona):** | **Nazwisko:** |
| **Płeć:**□ Mężczyzna □ Kobieta | **Data urodzenia:** | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu:** |
| PESEL: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **Adres zamieszkania:**ul: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr domu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr lokalu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kod pocztowy: \_\_\_\_-\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gmina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ powiat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_województwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Kontakt:**Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Wykształcenie:**□ niższe niż podstawowe□ podstawowe□ gimnazjalne□ ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe, średnie zawodowe, ogólnokształcące)□ policealne□ wyższe |
| **Sytuacja społeczno- ekonomiczna**(proszę odnieść się do każdej z podanych poniżej sytuacji i zaznaczyć odpowiednie pole)Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia□ TAK □ NIE □ Odmowa podania informacjiOsoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań□ TAK □ NIE Osoba w innej niekorzystnej sytuacji□ TAK □ NIE □ Odmowa podania informacjiOsoba z niepełnosprawnościami:□ TAK □ NIE □ Odmowa podania informacji(jeśli tak, należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności) |
| **Źródło informacji o projekcie** (proszę zakreślić odpowiednie):□ Prasa □ Związek Emerytów i Rencistów□ Plakaty, ulotki □ Strona www Beneficjenta□ Urząd Gminy □ Przekaz słowny (np. od rodziny)□ Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza □ Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Niniejszym zgłaszam zapotrzebowanie na następujący sprzęt rehabilitacyjny, pielęgnacyjny
i wspomagający:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA SPRZĘTU** | **ILOŚĆ SZT.** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałam/em się z Regulaminem wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego
i wspomagającego w Gminie Tryńcza;
2. wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym przez Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza, do celów związanych z obsługą wypożyczalni, zgodnie
z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 osobowych) zwanym dalej RODO i przyjmuję do wiadomości, że:
	1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Centrum Usług Społecznych
	w Gminie Tryńcza, z siedzibą w Tryńczy, 37-204 Tryńcza 123, tel.: 16 733 15 28, e-mail: cus@tryncza.eu;
	2. w Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza został powołany inspektor danych osobowych: Pan Paweł Hołub z którym w zakresie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych ma Pani/Pan prawo kontaktu za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: iod@tryncza.eu, a przypadkach niecierpiących zwłoki pod nr telefonu: 16 733 15 28;
	3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji zadań związanych z uczestnictwem w projekcie pn. *„Utworzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego oraz wspomagającego w Gminie Tryńcza”* na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz umów zawartych przez administratora;
	4. odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umów zawartych przez administratora;
	5. moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, o którym mowa w p. 3, w tym przechowywane będą przez okres określony przepisami prawa;
	6. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
	z brakiem możliwości udzielenia wsparcia;
	7. mam prawo do:

- żądania od administratora danych dostępu do danych osobowych;

- żądania od administratora sprostowania danych;

- żądania od administratora usunięcia danych osobowych;

- ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;

- przenoszenia danych osobowych w dowolnym momencie wobec przetwarzania danych osobowych bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w postaci Kościelnego Inspektora Ochrony Danych;

* 1. moje dane osobowe nie są udostępniane innym odbiorcom z wyłączeniem podmiotów do tego uprawnionych takich jak:

- podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

- podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora danych na podstawie zawartej z Administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;

1. Administrator danych informuje, że:

- podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże brak ich niekiedy uniemożliwia współpracę, udzielenie pomocy w zakresie działalności Administratora danych;

- w zakresie udostępnionych danych nie będzie podejmować zautomatyzowanych decyzji,
w tym w zakresie profilowania;

1. **jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

………………………………………… ……………………………………………

 *(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby zgłaszającej*

 *zapotrzebowanie lub prawnego opiekuna)*