

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia.....

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL, nr telefonu)

**WNIOSEK O NIEODPŁATNE UŻYCZENIE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO
I POMOCNICZEGO Z MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ
W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM**

Zwracam się z prośbą o nieodpłatne użyczenie sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego:

1.
2.
3.
4.

na okres
(nie dłuższy niż 6 m-cy)

DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:

1. Kserokopie orzeczenia o grupie inwalidzkiej/o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie wskazujące na konieczność korzystania z określonego sprzętu.
2. Upoważnienie do działania w imieniu Biorącego w użyczenie*
3. Oświadczenie o oczekiwaniu na orzeczenie o niepełnosprawności*

.....
(Czytelny podpis Biorącego w użyczenie/osoby upoważnionej)

.....
(podpis pracownika MOPS w Ostrowcu Świętokrzyskim)

***jeśli dotyczy**

W związku z art. 6 lit. a 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.U.UE.L.2016.119.1) – zwany dalej „RODO”, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w związku z nieodpłatnym użyczeniem sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego** przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim.

Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 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 uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27- 400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. (41) 276 – 76 - 00, którego reprezentantem jest Dyrektor Ośrodka.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych osób fizycznych. Nr tel. IODO (41) 276-76-35, adres e-mail: biuro@mopsostrowiec.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO wyłącznie w celu realizacji zadań Ośrodka określonych przepisami prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do państw trzecich. Pod pojęciem państw trzecich rozumie się wszystkie kraje, które nie są państwami członkowskimi Unii Europejskiej.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji przetwarzania danych tj. do czasu niezbędnego do zrealizowania Pani/Pana uprawnień np. uzyskania określonej formy pomocy. Wymieniony czas określają przepisy prawa regulujące przyznawanie poszczególnych świadczeń bądź przepisy o archiwizacji.
7. Zgodnie z RODO ma Pani/Pan w stosunku do swoich danych osobowych prawo do: dostępu, sprostowania, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia do innych podmiotów, uzyskania kopii danych osobowych.
8. Działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej jako jednostki zajmującej się przyznawaniem ustawowej pomocy społecznej oraz socjalnej opiera się na przepisach prawa regulujących przyznawanie tego typu świadczeń, w związku z czym nie wymagana jest Pani/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
9. Wszelkie inne niż wymienione w pkt 8 formy pomocy lub świadczeń w tym rejestrowanie rozmów telefonicznych wymagają wyrażenia Pani/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych.
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają automatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowym.

.....
(Data i czytelny podpis Biorącego w użyczenie/osoby upoważnionej)