***Klauzula informacyjna***

***Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wysokiem Mazowieckiem***

**Oświadczam**, że zostałem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wysokiem Mazowieckiem, 18-200, ul. Mickiewicza 1, kontakt [ado@pcprwysokiemazowieckie.pl](mailto:ado@pcprwysokiemazowieckie.pl) lub tel. 86 306 72 08 / 502 153 040
2. PCPR powołał Inspektora Ochrony Danych osobowych, kontakt [iod@pcprwysokiemazowieckie.pl](mailto:iod@spolkaX.pl) lub pisemnie na adres urzędu.
3. Dane są przetwarzane w **celu** przyznania dofinansowania zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
4. Podstawą prawną przetwarzania jest dobrowolna **zgoda** osoby której danej dotyczą oraz **Ustawa** z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub przyznania świadczeń.
6. Dane będą przechowywane przez okres realizacji świadczenia, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym nie wpływa to na wcześniejszą zgodność z prawem przetwarzania danych.
8. Przysługuje mi również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Dane nie są przekazywane do państw trzecich.
10. W PCPR nie jest stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

data:……………………………. podpis: ………………………………………………….

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1) **kopia orzeczenia o niepełnosprawności** lub jego odpowiednika (oryginał dokumentu do

wglądu),

2) **faktura** określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach

ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument

potwierdzający zakup, wraz **z potwierdzoną za zgodność**, przez świadczeniodawcę

realizującego zlecenie, **kopią zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty

ortopedyczne i środki pomocnicze, albo kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty

ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną

kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz

termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.