Załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora PCPR
nr 13.2020 z dnia 27 kwietnia 2020 roku

KARTA OCENY WNIOSKU o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dla niepełnosprawnej osoby dorosłej

Wniosek nr 4111 2020
Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

L.p.	KRYTERIA OCENY WNIOSKU	*Liczba punktów*	*Maksymalna liczna punktów*	*Punktacja wniosku*
1.	**Osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne :**			
a)	Osoba ze znacznym stopniem /całkowitą niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji/ I grupą inwalidów /	20	25	
b)	Osoba z umiarkowanym stopniem/ całkowitą niezdolnością do pracy/ II grupą inwalidów	10		
c)	Osoba z lekkim stopniem niepełnosprawności / częściową niezdolnością do pracy / III grupą inwalidów	1		
d)	Osoba ucząca się i niepracująca do 24 roku życia	5		
2.	**Rodzaj i zakres dysfunkcji określony w posiadanym dokumencie potwierdzającym niepełnosprawność lub wniosku lekarskim *(w kontekście potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie rozwijania umiejętności społecznych*):**			
a)	- dysfunkcja narządu ruchu (05-R) – osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim - dysfunkcja narządu słuchu, głosu, mowy (03-L) - dysfunkcja narządu wzroku (04-O) - upośledzenie umysłowe (01-U) - choroby psychiczne (02-P) - całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C) - choroby neurologiczne (10-N)	10	15	
b)	- dysfunkcja narządu ruchu (05-R) z wyłączeniem osób poruszających się na wózku inwalidzkim - epilepsja (06-E) - schorzenia układu krążenia (07-S) - schorzenia układu oddechowego i krążenia (07-S) - schorzenia układu pokarmowego (08-T) - schorzenia układu moczowo-płciowego (09-M) - inne (11-I), w tym: schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	5		
c)	niepełnosprawność jest **sprzężona - trzy** przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	5		
d)	niepełnosprawność jest **sprzężona - dwie** przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	3		
e)	niepełnosprawność jest **sprzężona - jedna** przyczyna niepełnosprawności wynikająca z orzeczenia	1		
4.	***Wysokość dochodu (w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym):***			
a)	wieloosobowe gospodarstwo domowe do 1000 zł.	10	10	
b)	wieloosobowe gospodarstwo domowe od 1001 do 2000 zł.	5		
c)	wieloosobowe gospodarstwo domowe powyżej 2000 zł.	1		
d)	jednoosobowe gospodarstwo domowe do 1500 zł	10		

e)	jednoosobowe gospodarstwo domowe od 1501 zł do 2500 zł.	5		
f)	Jednoosobowe gospodarstwo domowe pow. 2500 zł.	1		
5.	**Częstotliwość udzielanej pomocy**			
a)	osoba nigdy nie korzystała z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON	10	10	
b)	osoba korzystała z dofinansowania w latach ubiegłych	5		
6.	**Konieczność korzystania z opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym**			
a)	Tak	5	5	
b)	Nie	0		
	Razem ocena wniosku (pkt.1-6)		**Maksymalnie 65 pkt.**	

Uzyskana ilość punktów przez Wnioskodawcę	

Wysokość dochodu przy równorzędnej punktacji z innymi wnioskodawcami :

Dodatkowe adnotacje:

Na podstawie informacji zawartych w kopii orzeczenia o niepełnosprawności, we wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny oraz innych dodatkowych informacji będących w posiadaniu PCPR , w wyniku dokonanej przez pracownika socjalnego oceny sytuacji społecznej Wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych, stwierdza się, że:

uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym zapewni ogólną poprawę psychofizycznej sprawności Wnioskodawcy oraz wpłynie na rozwój umiejętności społecznych m.in. poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań oraz udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.

TAK NIE

Data i podpisy osoby dokonującej oceny wniosku .....

(pieczątka imienna pracownika socjalnego)

Data i podpis osoby zatwierdzającej .....

(pieczątka imienna Dyrektora PCPR)

Data i podpis pracownika merytorycznego .....

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Dyrektora PCPR
nr 13.2020 z dnia 27 kwietnia 2020r.

KARTA OCENY WNIOSKU o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
<u>dla małoletniej osoby niepełnosprawnej</u>

Wniosek nr 4112 2020
Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

L.p.	KRYTERIA OCENY WNIOSKU	*Liczba punktów*	*Maksymalna liczna punktów*	*Punktacja wniosku*
1.	**Osoby niepełnosprawne małoletnie**			
a)	osoby niepełnosprawne w wieku do 16 r.ż. wymagające stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze zacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji	20	20	
b)	osoby niepełnosprawne w wieku do 16 r.ż. wymagające stałego współudziału opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji	10		
c)	osoby niepełnosprawne w wieku od 16 do 18 r.ż. posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	20		
d)	osoby niepełnosprawne w wieku od 16 do 18 r.ż. posiadające orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	10		
e)	osoby niepełnosprawne w wieku od 16 do 18 r.ż. posiadające orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności	5		
2.	**Rodzaj i zakres dysfunkcji określony w posiadanym dokumencie potwierdzającym niepełnosprawność lub wniosku lekarskim *(w kontekście potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie rozwijania umiejętności społecznych)*:**			
a)	- dysfunkcja narządu ruchu (05-R) – osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim - dysfunkcja narządu słuchu, głosu, mowy (03-L) - dysfunkcja narządu wzroku (04-O) - upośledzenie umysłowe (01-U) - choroby psychiczne (02-P) - całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C) - choroby neurologiczne (10-N)	10	15	
b)	- dysfunkcja narządu ruchu (05-R) z wyłączeniem osób poruszających się na wózku inwalidzkim - epilepsja (06-E) - schorzenia układu krążenia (07-S) - schorzenia układu oddechowego i krążenia (07-S) - schorzenia układu pokarmowego (08-T) - schorzenia układu moczowo-płciowego (09-M) - inne (11-I), w tym: schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	5		
c)	niepełnosprawność jest **sprzężona - trzy** przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	5		
	niepełnosprawność jest **sprzężona - dwie** przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	3		

	niepełnosprawność jest **sprzężona - jedna** przyczyna niepełnosprawności wynikająca z orzeczenia	1		
3.	**Dochód rodziny w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym:**			
a)	gospodarstwo domowe do 1000 zł.	10	10	
b)	gospodarstwo domowe od 1001 do 2000 zł.	5		
c)	gospodarstwo domowe powyżej 2000 zł.	1		
4.	**Częstotliwość udzielanej pomocy**			
a)	osoba niepełnosprawna nigdy nie korzystała z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON	10	10	
b)	osoba niepełnosprawna korzystała z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego w latach ubiegłych	5		
	Razem ocena wniosku (pkt.1-4)		**Maksymalnie 55 pkt.**	

Uzyskana ilość punktów przez Wnioskodawcę	

Wysokość dochodu przy równorzędnej punktacji z innymi wnioskodawcami :

Dodatkowe adnotacje:

Na podstawie informacji zawartych w kopii orzeczenia o niepełnosprawności, we wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny oraz innych dodatkowych informacji będących w posiadaniu PCPR , w wyniku dokonanej przez pracownika socjalnego oceny sytuacji społecznej Wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych, stwierdza się, że:

uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym zapewni ogólną poprawę psychofizycznej sprawności Wnioskodawcy oraz wpłynie na rozwój umiejętności społecznych m.in. poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań oraz udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.

TAK NIE

Data i podpisy osoby dokonującej oceny wniosku .....

(pieczątka imienna pracownika socjalnego)

Data i podpis osoby zatwierdzającej .....

(pieczątka imienna Dyrektora PCPR)

Data i podpis pracownika merytorycznego .....

Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 13.2020 dnia 27 kwietnia 2020r.

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko .....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....
Adres zamieszkania* .....
.....
Data urodzenia .....
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III
c) ☐ o całkowitej ☐ o częściowej niezdolności do pracy
☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji
d) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON **
☐ Tak (podać rok)..... ☐ Nie

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko opiekuna .....
(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... . Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

....
(data) *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.
*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia PCPR

....
(data wpływu wniosku do PCPR) *(pieczęć PCPR i podpis pracownika)*

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem / opiekunem* / pełnomocnikiem*:* .....

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dn. ..... *sygn. Akt*:* .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza:* .....

.....

z dn. ..... *repet. nr* .....

....

data podpis *przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*

** niepotrzebne skreślić*

Załącznik do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

I. Wypełnia wnioskodawca (rodzic, opiekun prawny)

1.Dane osobowe:
Imię i nazwisko
.....
PESEL .....
Adres zamieszkania*.....
.....
2. Podstawowe problemy zdrowotne:
- stopień niepełnosprawności** – znaczny, umiarkowany, lekki,
- schorzenie wiodące.....
- schorzenia współistniejące .....
.....
.....
3. Sytuacja rodzinna:
- osoba zamieszkująca** - samotnie, z rodziną,
- liczba osób wspólnie zamieszkujących .....,
- liczba dzieci i ich wiek .....
- możliwość zapewnienia opieki ze strony najbliższej rodziny** - tak, nie; jeżeli tak w jakim zakresie
.....
.....
- możliwość zapewnienia opieki ze strony innych osób** - tak, nie; jeżeli tak w jakim zakresie
.....
.....
4. Sytuacja mieszkaniowa:
- dostosowanie mieszkania do niepełnosprawności** - tak - nie, nie zachodzi konieczność,
- warunki utrudniające funkcjonowanie w mieszkaniu .....
.....
- własny pokój** – tak, nie,

5. Źródła utrzymania:**
- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, pomoc finansowa ze strony innych osób, inne świadczenia .....
.....

6. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności:
w zakresie samoobsługi:**
- samodzielnie, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich.

w zakresie poruszania się:**
- bez problemów, w pobliżu miejsca zamieszkania, tylko w obrębie mieszkania, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich,
- samodzielne korzystanie ze środków komunikacji – tak, nie,

w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego:**
- sprzątanie, gotowanie, zakupy – tak, nie,
- w jakich czynnościach konieczna jest pomoc osób drugich .....
.....

w zakresie komunikowania się:
- prawidłowa- tak, nie – z jakiego powodu .....

w zakresie uczestniczenia w życiu społecznym i pełnienia ról społecznych:**
- tak, nie (jeżeli nie – z jakich powodów) .....
.....
.....

(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej)
lub opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu,

** właściwe zaznaczyć

II. Wypełnia PCPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne (jakie?)*.....
** właściwe zakreślić*

Oborniki, dnia .....

Podpisy osób rozpatrujących wniosek:

Przedstawiciel PCPR -
Pracownik socjalny –
Przedstawiciel PSRd/Son -

Akceptacja-

Załącznik do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej dziecka niepełnosprawnego i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

I. Wypełnia wnioskodawca (rodzic, opiekun prawny)

1. Dane osobowe:
Imię i nazwisko dziecka .....
PESEL .....
Adres zamieszkania .....
.....

2. Podstawowe problemy zdrowotne:
- niepełnosprawność do 16 roku życia
- stopień niepełnosprawności* - znaczny, umiarkowany, lekki
- schorzenie wiodące.....
- schorzenia współistniejące .....
.....

3. Sytuacja rodzinna:
- liczba osób wspólnie zamieszkujących .....
- liczba dzieci i ich wiek .....
- możliwość zapewnienia opieki dziecku ze strony najbliższej rodziny*- tak w pełnym zakresie nie, z jakiego powodu .....
.....

4. Sytuacja mieszkaniowa:
- dostosowanie mieszkania do niepełnosprawności dziecka*:
- tak, nie, nie zachodzi konieczność,
- warunki utrudniające funkcjonowanie w mieszkaniu .....
.....
- własny pokój* – tak, nie,

5. Źródła utrzymania rodziny*:
- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, pomoc finansowa ze strony innych osób, inne świadczenia .....
.....

6. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności:
w zakresie samoobsługi*:
- samodzielnie, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich,
w zakresie poruszania się*:
- bez problemów, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich.
w zakresie komunikowania się:
- prawidłowa- tak, nie – z jakiego powodu .....

.....
(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego dziecka)

* właściwe zaznaczyć

II. Wypełnia PCPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne (jakie?)*.....
** właściwe zakreślić*

Oborniki, dnia .....

Podpisy osób rozpatrujących wniosek:

Przedstawiciel PCPR -
Pracownik socjalny –
Przedstawiciel PSRd/Son -

Akceptacja-

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu*) .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:*

□ dysfunkcja narządu ruchu □ dysfunkcja narządu słuchu □ dysfunkcja narządu wzroku

□ upośledzenie umysłowe □ choroba psychiczna □ epilepsja

□ schorzenia układu krążenia □ inne (jakie?) .....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne*

□ oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

□ oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

□ wózek inwalidzki □ kule łokciowe □ inne
(jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*

□ Nie

□ Tak –
uzasadnienie.....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania): .....

.....

Uzasadnienie wniosku:.....

....

Data *Pieczęć i podpis lekarza*

właściwe zakreśli

Załącznik nr 4
do Zarządzenia Dyrektora PCPR nr 13.2020 .z dnia 27 kwietnia 2020r.

Ogólna klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

1. **Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach z siedzibą przy ul.11 Listopada 2A, (64-600 Oborniki);

2. **Inspektor Ochrony Danych**

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail iod@synergiaconsulting.pl pod numerem telefonu 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. **Ogólne cele i podstawy przetwarzania**

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe przede wszystkim w celu realizacji; zadań własnych, zleconych, powierzonych określonych w:

1) ustawie z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych;
2) ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
3) ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
4) ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
5) ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Ogólne podstawy przetwarzania danych osobowych przez Administratora zawarte są w art. 6 ust. 1 lit a-f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

Dokładne informacje o celach i podstawach prawnych przetwarzania danych osobowych są dostępne we wnioskach, zaświadczeniach dotyczących danej sprawy.

4. **Odbiorcy danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

1) podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
2) oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

5. **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

6. **Posiada Pani/Pan prawo do;**

1) dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
Prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych, które zostały zebrane w sposób pośredni (z innych źródeł) w pewnych okolicznościach będzie ograniczone tj. w sytuacjach gdy żądanie dostępu do Pani Pana danych mogłoby wpłynąć na prawa i wolności osób od których dane pozyskano. Powyższe ograniczenie wynika z przepisów: ustawy – Kodeks postępowania administracyjnego.

W przypadku żądań dostępu do Pani/Pana danych osobowych w związku z zakończonymi postępowaniami w trybach ustawy – Prawo zamówień publicznych, w przypadkach gdy Pani/Pana żądanie wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku by je zrealizować, Administrator ma prawo oczekiwać od Pani/Pana wskazania dodatkowych informacji mających w szczególności na celu sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia

2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
3) żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
4) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,
5) ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO'
6) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7. **Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

W przypadkach gdy przetwarzanie danych wynika z przepisów prawa podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, nie podanie danych będzie skutkować brakiem rozpatrzenia sprawy. W pozostałych przypadkach jest dobrowolne.

8. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany. jednak nie będzie to prowadziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym dane nie będą profilowane.

.....

podpis Wnioskodawcy