



Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

I. Dane kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon: E-mail:

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że: (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412); opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta **(do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dyplomu)**,

posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu, **(do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie)**,

jestem osobą wskazaną przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego aby świadczyć usługę asystencji osobistej na rzecz osoby niepełnosprawnej oraz spełniam jeden z powyższych warunków **(do karty zgłoszeniowej należy załączyć oświadczenie uczestnika Programu potwierdzające posiadane doświadczenie)**.

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani nie zamieszkuję razem z osobą niepełnosprawną, nad którą będę sprawował asystenturę. (Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że znana jest mi treść Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w karcie zgłoszeniowej do programu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Miejscowość, data2023 r.

.....
(Podpis kandydata na asystenta osoby niepełnosprawnej)



OŚWIADCZENIE do zawartej umowy Nr

1. Nazwisko
2. Nazwisko rodowe
3. Imię pierwsze Imię drugie.....
4. Data urodzenia, Miejsce urodzenia
5. Imię ojca, Imię matki
6. Obywatelstwo.....
7. PESEL
8. Seria i nr dowodu osobistego
9. Wykształcenie
10. Adres zamieszkania (stałe miejsce pobytu):
11. Kod pocztowy Miejscowość
- Ulica nr domu nr mieszkania
- GminaPowiat.....Województwo
- Adres zamieszkania (tymczasowe miejsce pobytu):**
12. Kod pocztowy Miejscowość
- Ulica nr domu nr mieszkania
- GminaPowiat.....Województwo
13. Oświadczam, że należę do NFZ:
14. Jestem emerytem / rencistą (tak /nie) *Świadczenie nr jest mi wypłacane przez:
.....
15. Jestem pracownikiem / uczniem / studentem* / Nazwa i adres zakładu / szkoły /
uczelni*
16. Wymiar czasu pracy
17. Jestem zatrudniony na umowę cywilnoprawną (zlecenie lub o dzieło)* tak/nie
18. Oświadczam, iż osiągany przeze mnie dochód (brutto) jest wyższy bądź równe od minimalnego wynagrodzenia w dniu
wypełniania niniejszego oświadczenia tak/nie
19. Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą tak/nie
20. Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą w zakresie przedmiotu umowy tak/nie
21. Oświadczam, że posiadam stopień niepełnosprawności tak/nie
- stopień : lekki, umiarkowany, znaczny
22. Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem Emerytalnym i Rentowym tak/nie
23. Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem Chorobowym tak/nie
24. Jestem zarejestrowany w Urzędzie Skarbowym w miejscowości.....pełna
nazwa.....kod pocztowy ulicanr

Stwierdzam, że powyższe dane podałem /am zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karno skarbową za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana

.....
data wypełnienia

.....
podpis



Krapkowice, dnia

.....
/Imię i nazwisko /

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań wynikających z zawartej umowy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019, poz. 1781) oraz rozporządzeniem 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 sprawach swobodnego przepływu takich danych* oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE.L 2016 Nr 119 str.1).

.....
(podpis)



KLAUZULA INFORMACYJNA o ochronie danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

1. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Krapkowicki, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1, 47-303 Krapkowice.
2. **Inspektorem ochrony danych** w Starostwie Powiatowym w Krapkowicach jest Witold Rożałowski, tel. 77 40 74 308, e-mail: w.rozalowski@powiatkrapkowicki.pl.
3. **Odbiorcą danych osobowych** jest Starostwo Powiatowe w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit.a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych.
5. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z zasad określonych w rozporządzeniu z dnia 18 stycznia 2011 roku *w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych*.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych.
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, które przetwarzamy na podstawie Państwa zgody. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Państwa zgody przed jej wycofaniem.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podstawa prawna:

Rozporządzenie 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)



.....
(Podpis kandydata na asystenta osoby niepełnosprawnej)