**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA USŁUGĘ TRANSPORTOWĄ W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU**

**„USŁUGI INDYWIDUALNEGO TRANSPORTU DOOR-TO-DOOR ORAZ POPRAWA DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ WIELORODZINNYCH BUDYNKÓW MIESZKALNYCH”**

**W GMINIE RAKÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **WIEK** |  |
| **DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA PODRÓŻY** |  |
| **DATA I GODZINA ZAKOŃCZENIA PODRÓŻY** |  |
| **MIEJSCE DOCELOWE****(miejscowość i instytucja)** |  |
| **CEL PODRÓŻY** | **Zaznaczyć znakiem X** |
| **Aktywizacja społeczna**Nabycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej. |  |
| **Aktywizacja zawodowa**Wybór lub zmiana zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądane na rynku pracy, pomoc w utrzymaniu zatrudnienia. |  |
| **Aktywizacja edukacyjna**Wzrost poziomu wykształcenia, dostosowanie wykształcenia do potrzeb rynku pracy (m. in. edukacja formalna). |  |
| **Aktywizacja zdrowotna**Wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy. |  |
| **Należę do osób spełniających kryteria (zaznaczyć właściwe)** |
| **Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie** |  |
| **Osoba mająca trudność w samodzielnym przemieszczaniu się ze względu na ograniczoną sprawność** |  |
| **Osoba starsza mająca problem w poruszaniu się** |  |
| **Posiadam zaopatrzenie ortopedyczne (wózek, balkonik, kule łokciowe)** | **TAK** | **NIE** |
| **Podróż odbędę z opiekunem** | **TAK** | **NIE** |
| **Pomoc asystenta** | **TAK** | **NIE** |

 Oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane w są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

………………………………………………………..

*(data, podpis)*

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW DO KORZYSTANIA USŁUGI TRANSPORTOWEJ
DOOR-TO-DOOR**

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie gminy Raków. Jestem osobą, która ma trudności
w samodzielnym przemieszczaniu się.

Celem podróży jest wyłącznie aktywizacja społeczna, zawodowa, edukacyjna, zdrowotna.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem usług transportowych korzystania z samochodu przystosowanego dla potrzeb osób niepełnosprawnych w ramach realizacji usługi door-to-door
i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego oświadczenia. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

………………………………………………………..

*(data, podpis)*

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Gmina Raków, ul. Ogrodowa 1,
26-035 Raków**.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iodo@marwikpoland.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w celu realizacji usługi transportowej DOOR-TO-DOOR.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, w tym **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rakowie, ul. Jana Sienieńskiego 19, 26-035 Raków**, przez który również można złożyć formularz zgłoszeniowy oraz **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13,
00-828 Warszawa** w celu udokumentowania realizacji Umowy.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

 - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych;

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się
 z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

1. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

………………………………………………………..

*(data, podpis)*