*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**DEKLARACJA**

**KORZYSTANIA Z USŁUG DOOR TO DOOR W GMINIE BRZOZÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE ADRESOWE UŻYTKOWNIKA/CZKI**  | **PROSZĘ UZUPEŁNIĆ** | **Płeć** *(zaznaczyć X)* |
| K | M |
| Imię i nazwisko |  |  |  |
| Data urodzenia |  |
| Numer telefonu/email |  |
| Adres zamieszkania |  |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE TRANSPORTU** | **PROSZĘ UZUPEŁNIĆ** |
| Termin transportu | Data: |
| Dokładny adres początkowyi docelowy | Z:Do: |
| Miejsce odbioru Użytkownika (np. mieszkanie, parking, winda, klatka schodowa itp. |  |
| Godzina dotarcia na miejsce docelowei godzina powrotu | Przyjazd na godz.:Powrót o godz.: |
| Wskazanie czy Użytkownik/czka potrzebuje pomocy Asystenta (*wpisać TAK lub NIE)* |  |

|  |
| --- |
| **CEL SZCZEÓŁOWY PRZEJAZDU****Proszę o uzupełnienie** (np. sprawy urzędowe, wyjazd do biblioteki, udział w kursie itp.) |
| **Aktywizacja społeczna***W tym m.in. nabycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, i aktywności społecznej, m.in. poprzez udział w zajęciach m.in. dostęp do kultury (kino, teatr itp.), spotkania integracyjne.* |  |
| **Zawodowa** *W tym. m.in. utrzymanie zatrudnienia, pomoc w wyborze lub zmianie zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądane na rynku pracy.* |  |
| **Edukacyjna** *Wzrost poziomu wykształcenia, dostosowanie wykształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy).* |  |
| **Zdrowotna***Jeżeli celem jest wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy oraz dostęp do usług zdrowotnych (w tym rehabilitacyjnych).* |  |
| **KRYTERIA DOSTĘPU DO USŁUG DOOR TO DOOR****Zaznaczyć odpowiednie (proszę wpisać TAK w odpowiedniej kategorii i/lub opisać)**  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** *posiadająca ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne oraz problemy w samodzielnym poruszaniu się.*  *W przypadku korzystania z pomocy ortopedycznych np. balkonik, laska, proszę opisać)* | Ruchowa (05-R):Osoba z dysfunkcją słuchu (03 – L):Osoba z dysfunkcją wzroku (04 – O):INNE: |
| **Osoba nie posiadająca**  orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego **ale ma trudności w samodzielnym poruszaniu się**  |  |
| **Osoba w wieku 75 +**  |  |
| **INNE ISTOTNE INFORMACJE**  | W odpowiedniej rubryce proszę wpisać TAK |
| Użytkownik porusza się na wózku inwalidzkim  |  |
| Podróż z opiekunem |  |
| Podróż z osobą zależną |  |
| Podróż z psem asystującym  |  |
| Potrzebuję zapewnienia wózka inwalidzkiego na czas transportu po schodach |  |
| Potrzebuję skorzystania ze schodołazu |  |
| **ZAMAWIAJĄCY – OSOBA REPREZENTUJĄCA***(wypełnić tylko w przypadku składania zamówienia przez osobę Reprezentującą Użytkownika)* | Imię i nazwisko:Adres zamieszkania:Telefon kontaktowy: |
| **Skąd Pan/Pani dowiedział/ła się o usłudze door to door?** | * Internet Radio Prasa Znajomi/rodzina

 ogłoszenia parafialne Inne |
| **Forma kontaktu z dyspozytorem w celu potwierdzenia usługi**  | Telefon: lub email:  |
| **Do deklaracji dołączam dokumenty:**  |  | Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne  |
|  | Dokument wskazujący na problemy zdrowotne w zakresie mobilności |
| **OŚWIADCZENIE** |  **OŚWIADCZAM ŻE:**1. **Spełniam kryteria dostępu do usług door to door**
2. **Zapoznałem się z Regulaminem Usługi Indywidualnego Transportu door to door świadczonego przez Gminę Brzozów dla osób z potrzebami wsparcia w zakresie mobilności i zobowiązuję się stosować jego zapisy**

**Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia - art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096)**…………………………………………………. *Podpis Użytkownika/czki* *LUB**……………………………………………………**Czytelny podpis osoby Reprezentującej (w razie gdy osoba z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności nie jest w stanie złożyć samodzielnie podpisu)* |

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA ORGANIZATOR TRANSPORTU** |
| **Wnioskodawca spełnia/nie spełnia kryteria określone regulaminem.** |  |
| **Indywidualny numer użytkownika (INU)** |  |
| **Informacja dyspozytora dotycząca wykonania usługi:**  |  |

**RODO:**

1. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** zawartych w deklaracji dla celów związanych z usługą transportu mieszkańca Gminy Brzozów mającego trudności w poruszaniu się.

.........................................................

(data i czytelny podpis osoby składającej deklarację)

1. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia** zawartych w: orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności; zaświadczeniu od lekarza specjalisty lub lekarza rodzinnego; orzeczeniu stosownego organu o przyznaniu grupy inwalidzkiej, związanych z usługą transportu mieszkańca Gminy Brzozów mającego trudności w poruszaniu się.
2. **Zostałam/zostałem poinformowany, że powyższa zgoda może zostać w każdym czasie przeze mnie wycofana**. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.........................................................

(data i czytelny podpis osoby składającej deklarację)

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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* (zwane dalej RODO), informuje się o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Urząd Miejski w Brzozowie*** reprezentowany przez ***Burmistrza Brzozowa,*** z siedzibą przy ul. Armii Krajowej 1, 36-200 Brzozów, e-mail um\_brzozow@brzozow.pl, tel.: 13 43 410 50.
2. **Wszelkie informacje dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może Pani/Pan uzyskać u *Inspektora Ochrony Danych*** w Urzędzie Miejskim w Brzozowie za pomocą adresu: iod@brzozow.pl lub pisemnie na adres wskazany w pkt 1.
3. 3. **Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz na podstawie udzielonej zgody** w celu:
4. ustalenia Pani/Pana tożsamości, udzielania usługi transportu, realizacji Pani/Pana praw – art. 6 ust 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
5. stanu Pani/Pana zdrowia w celu ustalenia prawa do świadczenia – art. 9 ust. 2 lit. a – RODO - podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym zakresie jest Pani/Pana zgoda,
6. prowadzenia dokumentacji związanej z udzielanymi świadczeniami, zarządzeniem procesem udzielania świadczeń, kontaktu i ustaleniem bądź zmianą terminu przewozu - art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
7. ewentualnego dochodzenia roszczeń - art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
8. prowadzenia ksiąg rachunkowych, dokumentacji podatkowej itp. – art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
9. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3 **odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa**.
10. **Posiada Pani/Pan prawo dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz prawo cofnięcia wyrażonej zgody** (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej zgody).
11. **W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych** (art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. a RODO), **przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.** Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
12. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Urzędzie Miejskim
w Brzozowie Pani/Pana danych osobowych, **przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych – *Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych*.**
13. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym** **w zakresie określonym przepisami prawa. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne**, jednakże konsekwencją niepodania tych danych będzie zaprzestanie wnioskowanych przez Panią/Pana czynności.
14. **Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane**.
15. **Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:**

.........................................................

(data i czytelny podpis osoby składającej deklarację)