**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Wniosek o korzystania z przewozów stałych w ramach TRANSPORTU INDYWIDUALNEGO DOSTOSOWANEGO DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI NA TERENIE POWIATU PIASECZYŃSKIEGO – „OD DRZWI DO DRZWI”**

**Oświadczam, że (**wybierz odpowiedź **Tak lub Nie** lub wpisz odpowiedź**):**

* Jestem mieszkańcem Powiatu Piaseczyńskiego:

☐ TAK

☐ NIE

* Mam znaczne trudności w poruszaniu się oraz nie mogę samodzielnie korzystać ze środków komunikacji publicznej:

☐ TAK

☐ NIE

* Poruszam się na wózku:

☐ TAK

☐ NIE

* Potrzebuję pomocy „od drzwi do drzwi”

☐ TAK

☐ NIE

* Planuję korzystać z przewozów stałych w celu:

☐ dotarcia do placówki wsparcia dziennego

☐ dojazdu do pracy

Oraz dołączyłam/dołączyłem do niniejszego formularza aktualny dokument z ww. podmiotu potwierdzający ten fakt.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 i §6 kk w związku z art. 75 §2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Data i podpis wnioskodawcy (lub opiekuna prawnego/ osoby upoważnionej):

## **Część pierwsza – Dane osobowe wnioskodawcy**

Imię: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………..…..

Adres zamieszkania (ulica): ……………………………………………………………………………………………….

Numer domu: …………………..........

Numer mieszkania: ………………….

Kod pocztowy: ……………………….

Miejscowość: …………………………………………………………………………………………………………………….

Gmina, w której mieszkam:

[ ]  Góra Kalwaria

[ ]  Konstancin-Jeziorna

[ ]  Lesznowola

[ ]  Piaseczno

[ ]  Prażmów

[ ]  Tarczyn

Data urodzenia: ………………………….……………..

Numer / numery telefonów kontaktowych: …………………………………………………………………...........

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………..

[ ]  Będę korzystał z przewozów stałych przez okres od ………………………do ………………………….)

Adres podstawienia samochodu (miejsce rozpoczęcia przewozu):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres miejsca docelowego (koniec przewozu):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Orientacyjne godziny przewozów stałych:

| **Dzień tygodnia** | **Godzina, na którą uprawniony musi dotrzeć na dane miejsce** | **Godzina powrotu** |
| --- | --- | --- |
| poniedziałek |  |  |
| wtorek |  |  |
| środa |  |  |
| czwartek |  |  |
| piątek |  |  |

**Dodatkowe informacje dotyczące miejsca zamieszkania i ewentualnych barier architektonicznych:**

Podaj wszelkie informacje, które mogą pomóc naszym kierowcom:

[ ]  poruszam się na wózku

[ ]  mieszkam na piętrze bez windy i potrzebuję sprowadzenia ze schodów

[ ]  potrzebuję asystenta przy wyjściu z domu/ dotarciu do domu

[ ]  potrzebuję schodołazu

[ ]  posiadam schodołaz

[ ]  mam trudności w komunikowaniu się – jeśli tak to jakie?
 ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

[ ]  reaguję nerwowo w sytuacjach, które zaburzają rutynę np. spóźnienia, korki na mieście, zmiany w trasie, zachowania ludzkie itp.

[ ]  Inne, jakie? ………………………………………………………………………………………………………………….

## **Część druga – Ocena kwalifikowalności do kursów stałych**

Oświadczam, że jestem uprawniony do korzystania z transportu dla osób z niepełnosprawnościami organizowanego przez Powiat Piaseczyński. Posiadam ważne orzeczenie o (proszę zaznaczyć tyle pól, ile ma zastosowanie):

[ ]  znacznym stopniu niepełnosprawności

[ ]  umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

[ ]  całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności samodzielnej egzystencji

[ ]  niezdolności do samodzielnej egzystencji

[ ]  całkowitej niezdolności do pracy

[ ]  zaliczeniu do I grupy inwalidzkiej

[ ]  zaliczeniu do II grupy inwalidzkiej

[ ]  stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy osób w gospodarstwie rolnym

[ ]  znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności potwierdzonym przez inny równoważny dokument

[ ]  dacie ważności: bezterminowe

[ ]  dacie ważności do dnia

Nr dokumentu orzekającego o niepełnosprawności (jeśli jest wskazany):

Nr dokumentu dotyczącego opieki prawnej/pełnomocnika/osoby upoważnionej:
 .

[ ]  Mam w orzeczeniu wskazanie do konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

[ ]  Mam uprawnienia do posiadania karty parkingowej.

## **Część trzecia – Informacje o stanie zdrowia**

Proszę o podanie informacji dotyczących stanu zdrowia wpływających na mobilność.
Pamiętaj, że nie możesz podróżować przewozem indywidualnym poruszając się na skuterze elektrycznym.

1. Podróżując przewozem indywidualnym, będę używać:

**Wózka:** [ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

Jeśli będziesz używać wózka proszę podaj wagę, markę i model. Jeśli będziesz korzystał
z kilku wózków, opisz każdy z nich.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Wózka elektrycznego:** [ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

Jeśli będziesz używać wózka elektrycznego proszę podaj wagę, markę i model. Jeśli będziesz korzystał z kilku wózków, opisz każdy z nich.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pamiętaj, że nie możemy zaakceptować Twojego wniosku, jeśli nie podałaś/eś nam wagi, marki i modelu wózka.

Jeśli **Twój wózek jest niestandardowy** lub potrzebna jest dodatkowa wiedza, aby pomóc Ci w bezpiecznym pokonaniu dojazdu z nami, opisz to poniżej np. rozszerzone podnóżki, winda, podjazd, czy jest „szyty na miarę”?

Szczegóły dotyczące **wózka niestandardowego**:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jeśli poruszasz się na wózku, proszę o podanie **swojej wagi**:

1. Uprawniony do korzystania z przewozu dostosowanego, będę używać:

**balkonika lub trójnoga**:

[ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

**kuli lub kijków**:

[ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

1. Czy będziesz podróżować z:

**Psem przewodnikiem/asystującym:**

[ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

**Osobą towarzyszącą:**

[ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

1. Czy korzystasz i podróżujesz samodzielnie:

**Komunikacją miejską:**

[ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

**Samochodem osobowym:**

[ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

**Samochodem dostosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnościami:**

[ ]  Zawsze [ ]  Czasem [ ]  Nigdy

Czy są jakieś inne informacje, które chciałabyś/chciałbyś, abyśmy znali podczas organizowania transportu?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane kontaktowe do osób w nagłych wypadkach:**

Czy jest ktoś, z kim możemy się skontaktować w Twoim imieniu w przypadku problemów z Twoją podróżą, a nie możemy skontaktować się z Tobą bezpośrednio (np. członek rodziny, przyjaciel, sąsiad)?

[ ]  TAK [ ]  NIE

Jeśli udzieliłaś(eś) odpowiedzi „TAK” i wskażesz jako osobę do kontaktu, osobę niebędącą członkiem Twojej rodziny, w rozumieniu definicji określonej w ustawie o pomocy społecznej**\*\***, to musisz dołączyć do złożonego wniosku oświadczanie osoby wskazanej do kontaktu do przetwarzania Jej/Jego danych osobowych.

Wzór oświadczenia wraz z klauzulą informacyjną stanowi **załącznik** do niniejszego formularza.

**\*\*** Zgodnie z art. 6 pkt 14 ustawy o pomocy społecznej, „rodzina” jest rozumiana jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

**Imię i nazwisko** osoby wskazanej do kontaktu: ………………………………………………………………………

**Numer telefonu** do osoby wskazanej do kontaktu: ………………………………………………………………..

**Adres email** i/lub **adres zamieszkania** osoby wskazanej do kontaktu:
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Związek/relacja z Tobą**: ………………………………………………………………………………………………………

## **Część czwarta – Dodatkowe informacje**

**Przekazywanie informacji o usłudze. W jakiej formie wolałbyś otrzymywać informacje?**

[ ]  Telefonicznie [ ]  E-mail

Jeśli zdecydowałaś/eś się otrzymywać informacje pocztą e-mail, upewnij się, że podałaś/eś swój adres e-mail.

**W jaki sposób dowiedziałaś/eś się o przewozach indywidualnych dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami?**

Aby pomóc nam znaleźć jak najlepszą drogę do informowania o usłudze przewozów dostosowanych dla osób z niepełnosprawnościami, poprosimy o wskazanie poniżej, jak usłyszałaś/eś o tej usłudze.

[ ]  Pracownicy ochrony zdrowia/pomocy społecznej – zaznacz odpowiednią odpowiedź

[ ]  Pielęgniarka / lekarz

[ ]  Pracownik socjalny

[ ]  Terapeuta zajęciowy

[ ]  Inny (proszę określić)

[ ]  NGO Podaj nazwę NGO, od którego dowiedziałeś się o przewozach

[ ]  Znajomi, rodzina, inne

Napisz, z jakiego innego źródła dowiedziałeś się o przewozach

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dla osób zainteresowanych korzystaniem z usług TRANSPORTU INDYWIDUALNEGO DOSTOSOWANEGO DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI NA TERENIE POWIATU PIASECZYŃSKIEGO – „OD DRZWI DO DRZWI”.**

Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe, by mogła/mógł Pani/Pan korzystać z usług TRANSPORTU INDYWIDUALNEGO DOSTOSOWANEGO DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI NA TERENIE POWIATU PIASECZYŃSKIEGO – „OD DRZWI DO DRZWI”, realizowanego zgodnie z przyjętą uchwałą nr ………………… Zarządu Powiatu Piaseczyńskiego z dnia ………………….. r. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe, by mogła/mógł Pani/Pan korzystać z usług indywidualnego przewozu osób z niepełnosprawnościami, realizowanego zgodnie z Regulaminem przyjętym uchwałą nr ………………. Zarządu Powiatu Piaseczyńskiego z dnia …………………………………. r. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Kto administruje moimi danymi?

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w ramach Programu jest Starosta Piaseczyński, adres siedziby: Starostwo Powiatowe w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14.
* Na pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych, a także o przysługujące Pani/Panu prawa odpowie Inspektor Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Piasecznie . Pytania można wysłać na adres: ochronadanych@piaseczno.pl.

Dlaczego moje dane są przetwarzane?

* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
	1. wypełnienia obowiązków prawnych do jakich zobowiązany jest Powiat Piaseczyński,
	2. archiwalnych i statystycznych.
* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Jeśli Pani/Pan tego nie zrobi, nie będzie Pani/Pan mogła/mógł uczestniczyć w Programie.

Jak długo będą przechowywane moje dane?

* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas wymagany przepisami prawa, tj. okres niezbędny do realizacji celów określonych w ww. pkt a i b. Po wymaganym okresie archiwizacji, Pani/Pana dane zostaną usunięte.

Kto może mieć dostęp do moich danych?

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

* podmioty, którym Administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych, w szczególności:
1. Przewoźnik wykonujący usługi indywidualnego dostosowanego przewozu na rzecz osób z niepełnosprawnościami mieszkańców Powiatu Piaseczyńskiego, na zlecenie Powiatu Piaseczyńskiego w związku z realizacją uchwały nr ………………………. Zarządu Powiatu Piaseczyńskiego z dnia …………………. r.
2. Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych – w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad realizacją Programu oraz w zakresie obsługi informatycznej i finansowo – księgowej.
3. Inne podmioty współpracujące z Powiatem Piaseczyńskim, jeżeli dostęp do Pani/Pana danych jest konieczny do zrealizowania ich zadań, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji Programu.
* organy publiczne i inne podmioty, którym Administrator udostępni dane osobowe na podstawie przepisów prawa.

Jakie mam prawa w związku z przetwarzaniem moich danych? Ma Pani/Pan prawo do:

* dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych,
* żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych,
* żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych[[1]](#footnote-1) w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez Powiat Piaseczyński Pani/Pana danych osobowych.

Data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej: …………………………………………………………..

Formularz składa się osobiście lub pocztą tradycyjną na adres 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14 z dopiskiem Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, lub poprzez epuap na adres /3j604cyjkr/SkrytkaESP, lub pocztą elektroniczną na adres [starostwo@piaseczno.pl](file:///C%3A%5CUsers%5Ck.krzeminska%5CDownloads%5Cstarostwo%40piaseczno.pl) z zastrzeżeniem, że po pozytywnej weryfikacji dokumentów, oryginały zostaną przekazane do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych.

**Załącznik do formularza
Oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię i nazwisko, numer telefonu, adres email i/lub adres zamieszkania) przez Starostwo Powiatowe w Piasecznie w celach kontaktowych, w związku z korzystaniem przez Panią/Pana ………………………………………................................................................

z usług indywidualnego przewozu osób z niepełnosprawnościami, realizowanych na zlecenie Powiatu Piaseczyńskiego.

Data: …………………………………………….

Podpis:………………………………………………………………..

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych
dla osób niebędących członkami rodziny osób korzystających z TRANSPORTU INDYWIDUALNEGO DOSTOSOWANEGO DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI NA TERENIE POWIATU PIASECZYŃSKIEGO – „OD DRZWI DO DRZWI”**

Zgodnie z art. 6 pkt 14 ustawy o pomocy społecznej, „rodzina” jest rozumiana jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące. Niniejsza klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych skierowana jest do osób niebędących członkami rodziny osób uprawnionych do korzystania z usług transportu indywidualnego na rzecz osób z niepełnosprawnościami, wskazanymi przez osoby uprawnione do ww. przewozów, jako osoby do kontaktu, które wyraziły zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych. Informujemy, że będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe wyłącznie w celach kontaktowych, w sytuacjach nagłych wypadków, w związku ze wskazaniem Pani/Pana przez osobę uprawnioną do korzystania z usług transportu indywidualnego na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

1. Kto administruje moimi danymi?

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w ramach Programu jest Starosta Piaseczyński, adres siedziby: Starostwo Powiatowe w Piasecznie,

05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14.

* Na pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych, a także o przysługujące Pani/Panu prawa odpowie Inspektor Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Piasecznie . Pytania można wysłać na adres: ochronadanych@piaseczno.pl

2. Dlaczego moje dane są przetwarzane?

* Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolna zgoda – art. 6 ust. 1 lit. a RODO
* Administrator może także przetwarzać Pani/Pana dane, po ustaniu celu, dla którego zostały zebrane na podstawie ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej.
* W związku z tym Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
1. kontaktowych w sytuacjach nagłych wypadków, w związku ze wskazaniem Pani/Pana przez osobę uprawnioną do korzystania z usług transportu indywidualnego na rzecz osób z niepełnosprawnościami w związku z wyrażeniem przez Panią/Pana dobrowolnej zgody na przetwarzanie danych, archiwalnych i statystycznych.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Jeśli Pani/Pan tego nie zrobi, Administrator nie będzie mógł się z Panią/Panem kontaktować.

3. Jak długo będą przechowywane moje dane?

* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez realizacji ww. celów przetwarzania. Administrator informuje, że podstawowym czasem przetwarzania będzie okres korzystania przez osobę, która Panią/Pana upoważniła do kontaktu, będzie czas korzystania przez tą osobę z usług transportu indywidualnego na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Po ustaniu tego celu Pani/Pana dane mogą być przetwarzane wyłącznie w celach archiwalnych. Po wymaganym okresie archiwizacji, Pani/Pana dane zostaną usunięte.
* W związku z tym, że podstawą przetwarzania Pani/Pana danych jest dobrowolnie wyrażona zgoda, ma Pani/Pan prawo do zażądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym). Żądanie to spowoduje usunięcia Pani/Pana danych osobowych, bez wpływu na legalność przetwarzania dokonaną przez zgłoszeniem żądania usunięcia danych.

4. Kto może mieć dostęp do moich danych?

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

* podmioty, którym Administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych,
w szczególności:
1. Przewoźnik wykonujący usług transportu indywidualnego na rzecz osób z niepełnosprawnościami mieszkańców Powiatu Piaseczyńskiego.
2. Starostwo Powiatowe w Piasecznie – w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad realizacją Programu oraz w zakresie obsługi informatycznej i finansowo – księgowej.
3. Inne podmioty współpracujące z Powiatem Piaseczyńskim, jeżeli dostęp do Pani/Pana danych jest konieczny do zrealizowania ich zadań, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji Programu.
* organy publiczne i inne podmioty, którym Administrator udostępni dane osobowe na podstawie przepisów prawa.

Jakie mam prawa w związku z przetwarzaniem moich danych?

* Ma Pani/Pan prawo do:
1. dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych,
2. żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych,
3. żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym),
4. żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* Ma Pani/Pan także prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych[[2]](#footnote-2) w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez Starostwo Powiatowe w Piasecznie Pani/Pana danych osobowych.

5. Inne informacje:

* Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
* W stosunku do Pani/Pana danych osobowe nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje (bez udziału człowieka), dane nie będą profilowane.
1. Ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia telefoniczna: 606-950-000. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia telefoniczna: 606-950-000. [↑](#footnote-ref-2)