MOPS.DRS. ……………………… ...............................

 miejscowość i data

**Wniosek na bezpłatny**

**przewóz osoby niepełnosprawnej zamieszkałej na terenie Bielska-Białej
na zabieg stomatologiczny w znieczuleniu ogólnym**

# DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. **Imię i nazwisko**............................................................................................................................
2. **Adres** **zamieszkania**.....................................................................................................................
3. **Nr** **telefonu** .................................................................................................................................

## DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO / PEŁNOMOCNIKA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

1. **Imię i nazwisko**.............................................................................................................................
2. **Adres** **zamieszkania**.....................................................................................................................
3. **Nr** **telefonu** ........................................................
4. **INFORMACJE dot. MIEJSCA I TERMINU USŁUGI:**

**I. Miejsce realizacji usługi:**

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

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

 ............................................................................................................................................................
**II .** **Termin** ………. …………………………………………………………………………………..

 **Godz**. ..............................................................................................................................................

## WYMAGANE DOKUMENTY:

Celem uzyskania bezpłatnego przewozu zobowiązuję się do przedłożenia w MOPS
w Bielsku-Białej - Dział Rehabilitacji Społecznej pl. Opatrzności Bożej 18 niżej wymienionych dokumentów:

1. kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia

2. zaświadczenie lekarza pierwszego kontaktu ze wskazaniem zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym

3. potwierdzenie zakwalifikowania do zabiegu lub wykonania zabiegu przez specjalistyczną poradnię (przedłożenie po zabiegu)

**Oświadczam,** że w przypadku nie przedłożenia przeze mnie potwierdzenia zakwalifikowania do zabiegu lub potwierdzenie wykonania zabiegu, zwrócę środki finansowe związane przejazdem na zabieg.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(miejscowość, data ) (podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego / pełnomocnika )*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących zdrowia na potrzeby związane z realizacją usługi przewozu, której wniosek dotyczy\*.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(data ) ( podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego / pełnomocnika )*

\* Dodatkowe informacje zawiera *Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją usługi transportowej dla osób wymagających leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym.*

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

(usługa transportowa dla osób niepełnosprawnych wymagających leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym)

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 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 przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe.

Prosimy o zapoznanie się z poniższą informacją.

1. **Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej (MOPS). Można kontaktować się z nami:

 a) listownie: ul. Karola Miarki 11, 43-300 Bielsko-Biała

 b) przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie
 <http://www.mops.bielsko.pl/strona/kontakt>

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Jest to osoba, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem można kontaktować się w następujący sposób:

1. listownie na adres: Inspektor Ochrony Danych, ul. Karola Miarki 11, 43-300 Bielsko-Biała
2. przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie <http://www.mops.bielsko.pl/strona/kontakt>
3. przez e-mail: iod@mops.bielsko.pl
4. **Cele i podstawy przetwarzania**

Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu zapewnienia transportu dla osoby niepełnosprawnej wymagającej leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym oraz rozliczenia z tej usługi.

Podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych związana jest z wykonywaniem zadania w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art.6 ust. 1 lit. e RODO), a w zakresie
w jakim dotyczy stanu zdrowia na podstawie Pani/Pana zgody (art.9 ust. 2 lit. a RODO). W każdej chwili może Pan/Pani cofnąć swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących zdrowia.

Dane będziemy przetwarzać po zakończeniu realizowania i rozliczenia usługi w celu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów wynikającego z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

1. **Informacja o odbiorcach lub kategoriach odbiorców**

Dane nie będą udostępnione innym podmiotom, za wyjątkiem przypadków, kiedy zasadność udostępniania wynika z przepisów prawa. W przypadku konieczności skorzystania z usług innych podmiotów, zapewniających obsługę administracyjną, techniczną i informatyczną MOPS (w szczególności podmiotom administrującym systemami informatycznymi, serwisującym sprzęt informatyczny) przekazanie danych realizowane będzie na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania, a podmioty przetwarzające mogą je przetwarzać jedynie na polecenie MOPS, co należy rozumieć w ten sposób, że nie są uprawnione do przetwarzania tych danych we własnych celach.

1. **Przekazywanie danych osobowych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych**

Nie przekazujemy Pani/Pana danych poza teren Polski/Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

1. **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane według kryteriów określonych w Instrukcji kancelaryjnej oraz Instrukcji archiwalnej obowiązującej w MOPS (zatwierdzonej przez Archiwum Państwowe) oraz przepisami ustawy
z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. **Informacja o przysługujących Pani/Panu prawach**

Przysługuje Pani/Panu prawo:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych osobowych;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
5. prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia (cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/Pani zgody przed jej wycofaniem);
6. prawo do przenoszenia danych;
7. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

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

Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz konieczne do rozpatrzenia wniosku, jak również jego realizacji.

1. **Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Rozpatrzenie wniosku jak również jego realizacji nie będzie wynikiem przetwarzania Pani/Pana danych
w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam otrzymanie informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

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

 (podpis osoby udzielającej informacji) (data i podpis osoby przyjmującej do wiadomości informację)