

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (RODO)

(RODO) dla Kandydatów/Uczestników/Uczestniczek Projektu „Asystent Osoby z Niepełnosprawnością”
współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
konkurs 1/2023 pn. „Możemy więcej” z dnia 12-10-2023 roku

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Fundacja Szlachetne Zdrowie

M. Biernackiego 1 lok. 26, 20-089 Lublin, www.szlachetne-zdrowie.org.pl

e-mail: biuro@szlachetne-zdrowie.org.pl

NIP 7122907897 | REGON 432735862 | KRS 0000221505

2. Dane kontaktowe w sprawach ochrony danych

Kontakt w sprawach dotyczących Pani/Pana danych osobowych:

biuro@szlachetne-zdrowie.org.pl

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania Pani/Pana danych

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach:

1) realizacja Projektu „Asystent osoby z niepełnosprawnością”, w tym:

- prowadzenie naboru i rekrutacji, realizacja.

Podstawa prawna:

- art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek prawny),
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO (zadanie realizowane w interesie publicznym),
- art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny – dane o zdrowiu/orzeczeniu).

2) przekazywanie danych do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), oraz innych uprawnionych instytucji publicznych/ kontrolnych w związku z realizacją projektu.

– zgodnie z wymogami PFRON

3) spełnienie obowiązków sprawozdawczych, kontrolnych i finansowych realizatora Projektu.

4) archiwizacja dokumentacji przez okres wynikający z przepisów prawa oraz wytycznych Projektu.

5) państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

4. Zakres danych przetwarzanych przez Administratora

Administrator przetwarza dane osobowe w zakresie niezbędnym do realizacji Projektu, w szczególności:

- dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL – jeśli wymagany),
- dane kontaktowe,
- adres zamieszkania,
- dane dotyczące orzeczenia o niepełnosprawności (stopień, symbol, wskazania),
- informacje dotyczące sytuacji życiowej i funkcjonalnej,

5. Odbiorcy Pani/Pana danych

Pani/Pana dane mogą być udostępnione:

- PFRON
- instytucjom uprawnionym do kontroli i audytu Projektu,
- podmiotom współpracującym w zakresie księgowości, administracji lub rozliczeń – wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji Projektu.

6. Okres przechowywania Pani/Pana danych

Dane będą przechowywane:

- przez czas trwania Projektu,
- a następnie przez okres co najmniej **5 lat** od zakończenia realizacji projektu lub dłużej – jeśli wymagają tego przepisy prawa lub instytucje nadzorujące.

7. Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do danych,
- sprostowania danych,
- ograniczenia przetwarzania,
- przenoszenia danych (w zakresie przewidzianym prawem),
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zastrzeżenie:

Prawo do usunięcia danych i prawo sprzeciwu może nie mieć zastosowania, gdy dane są przetwarzane na podstawie obowiązków prawnych lub w interesie publicznym – co ma miejsce w Projekcie.

8. Dobrowolność podania danych

- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do udziału w Projekcie.
- Brak podania danych uniemożliwia zakwalifikowanie i korzystanie z usług asystenta/-tki.

9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane nie są wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

10. Obowiązek zapoznania się z regulaminem

Każdy Uczestnik/Uczestniczka Projektu ma obowiązek zapoznania się z:

- Regulaminem Świadczenia Wsparcia w ramach Projektu „Asystent Osoby z Niepełnosprawnością”
- zasadami świadczenia usług asystencji osobistej,
- innymi obowiązkami wynikającymi z Projektu.

Realizator może poprosić o pisemne potwierdzenie zapoznania się z ww. dokumentami.

OŚWIADCZENIE

oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z dokumentem „Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)”,
- zapoznałem/-am się z Regulaminem Świadczenia Wsparcia w ramach Projektu „Asystent Osoby z Niepełnosprawnością”
- zostałem/-am poinformowany/-a o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- przyjmuję do wiadomości obowiązki wynikające z niniejszego dokumentu.

Każda osoba występująca do Fundacji Szlachetne Zdrowie o udzielenie pomocy/ wsparcia/ przyjęcie do projektu jednocześnie wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz akceptuje zasady ich przetwarzania obowiązujące w Fundacji Szlachetne Zdrowie