**Data wpływu:**
**Nr sprawy:**

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

# WNIOSEK
# o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

| ROLA WNIOSKODAWCY | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | ☐ We własnym imieniu<br>☐ Jako rodzic<br>☐ Jako opiekun prawny<br>☐ Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br>☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie<br>☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** | |
| **Z dnia:** | |
| **Sygnatura akt:** | |
| **Imię i nazwisko notariusza:** | |
| **Repertorium nr:** | |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | ☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br>☐ do rozliczenia dofinansowania<br>☐ do zawarcia umowy<br>☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br>☐ do złożenia wniosku<br>☐ inne |

## DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ mężczyzna ☐ kobieta |

## ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |

## ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |

**Ulica:**

**Nr domu:**

**Nr lokalu:**

**Kod pocztowy:**

**Poczta:**

## DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ mężczyzna ☐ kobieta |

## ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | ☐ Znaczny<br>☐ Umiarkowany<br>☐ Lekki<br>☐ Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | ☐ bezterminowo<br>☐ okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** | |
| **Grupa inwalidzka:** | ☐ I grupa<br>☐ II grupa<br>☐ III grupa<br>☐ nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br>☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br>☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br>☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy<br>☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br>☐ Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe<br>☐ 02-P – choroby psychiczne<br>☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>☐ osoba głucha<br>☐ osoba głuchoniema<br>☐ 04-O – narząd wzroku<br>☐ osoba niewidoma<br>☐ osoba głuchoniewidoma<br>☐ 05-R – narząd ruchu<br>☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br>☐ dysfunkcja obu kończyn górnych<br>☐ 06-E – epilepsja<br>☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br>☐ 08-T – choroby układu pokarmowego<br>☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br>☐ 10-N – choroby neurologiczne<br>☐ 11-I – inne<br>☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

| | |
|---|---|
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | ☐ 2 przyczyny<br>☐ 3 przyczyny |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**
☐ indywidualne ☐ wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**
☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

## CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinan-sowania | Stan rozliczenia |
|---|---|---|---|---|

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

## PRZEDMIOT WNIOSKU

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|

**Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:**

**Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):**

Słownie:

**Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:**

Słownie:

**co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:**

**Deklarowane środki własne:**

**Inne źródła finansowania:**

**Cel dofinansowania i uzasadnienie:**

## WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** | |
| **Miejsce realizacji zadania:** | |
| **Termin rozpoczęcia:** | |
| **Przewidywany czas realizacji:** | |

## OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** | |
| **Nazwa banku:** | |
| **Nr rachunku bankowego:** | |

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

# Część C – Dane dodatkowe

## SYTUACJA ZAWODOWA

☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ Bezrobotny poszukujący pracy
☐ Rencista poszukujący pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne / jakie?

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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".

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,

2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,

5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|---|---|---|
| | | |

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|---|---|

## UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|---|---|

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

**Lista**

**Lista załączników do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się:**

1. Orzeczenie o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis niepełnosprawności.
3. Oferta cenowa.
4. Pełnomocnictwo lub inny dokument uprawniający do reprezentowania osoby niepełnosprawnej (np. postanowienie Sądu).
5. Upoważnienie.
6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wraz z klauzulą informacyjną.

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość, data

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(dotyczy wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się)

| **Dane personalne pacjenta** | |
|---|---|
| Imię i nazwisko | |
| Pesel | |
| **Adres zamieszkania** | |
| Miejscowość | |
| Ulica, nr domu | |
| Gmina | |

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Zaświadczam, że pacjent jest osobą (zaznaczyć właściwe):

☐ leżącą

☐ poruszającą się na wózku inwalidzkim

☐ z dysfunkcją narządu ruchu

☐ z dysfunkcją narządu słuchu

☐ z dysfunkcją narządu mowy

☐ z dysfunkcją narządu wzroku

☐ z inną dysfunkcją powodującą trudności w porozumiewaniu się i/lub przekazywaniu informacji:

.....

.....

3. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier w komunikowaniu się umożliwiających wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

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

.....
pieczątka i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić

# UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany ..... zamieszkały w

.....

Legitymujący się dowodem osobistym nr ..... PESEL .....

1. Oświadczam, że do uzyskania informacji o sprawach prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy rodzinie we Włocławku oraz składania wniosków, oświadczeń w moim imieniu upoważniam niżej wymienioną bliską mi osobę.

   ☐ nikogo nie upoważniam[1]

   ..... PESEL.....

   zam..... (tel. kontaktowy).....

.....

(podpis petenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)

[1] Zakreślić znakiem X

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.). Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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) zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony moich danych osobowych.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**KLAUZULA INFORMACYJNA OGÓLNA**

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WŁOCŁAWKU**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 – informuję, że:

**I. Administrator Danych Osobowych**

Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włocławku reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ulicy Stodólnej 68, 87-800 Włocławek (tel. ***54 230-46-29***, e-mail: *sekretariat@pcprwloclawek.pl*).

**II. Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod numerem telefonu ***54 230-46-60***, e-mail: *iod@powiat.wloclawski.pl* lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt I.

**III. Cele i podstawy przetwarzania**

Twoje dane przetwarzane będą w celu:

1) rekrutacji na podstawie Pana/Pani zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wycofania zgody na przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/Pani j zgody przed jej wycofaniem;
2) wykonania umowy, której Pan/Pani jest stroną lub do podjęcia działań, na Pana/Pani żądanie, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
3) przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust.1 li. c RODO), w tym przede wszystkim w zakresie realizowania zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej oraz innych ustaw określających zadania powiatu w szczególności w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, polityki prorodzinnej i wspierania osób niepełnosprawnych.
4) realizacji zadań publicznych w interesie publicznym, wynikających wprost z ww. przepisów prawa lub określonych zadaniami statutowymi placówki (art. 6 ust. 1 lit. e RODO);
5) prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
6) realizacji zadań innych niż wykonywanie obowiązku prawnego, Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane bez dobrowolnej i świadomej zgody.

**IV. Prawo do sprzeciwu**

W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych opisanych powyżej. Administrator zaprzestanie przetwarzać Pana/Pani dane, chyba że będzie w stanie wykazać, że dane te będą niezbędne od ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

**V. Okres przechowywania danych**

Dane osobowe przetwarzane przez Administratora przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. Oznacza to, że dane osobowe mogą zostać usunięte po upływie określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, zależnie od kategorii archiwalnej danej sprawy.

**VI. Odbiorcy danych**

Pana/Pani dane osobowe zostaną lub mogą zostać przekazane tylko osobom, podmiotom lub instytucjom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

**VII. Informacja o zamiarze przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych**

Administrator co do zasady nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

**VIII. Prawa osób, których dane dotyczą:**

Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora:

a) dostępu do swoich danych oraz uzyskania ich kopii,
b) sprostowania swoich danych,
c) usunięcia swoich danych („prawo do bycia zapomnianym"),
d) ograniczenia przetwarzania danych,
e) przenoszenia danych,
f) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych,
g) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
h) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, o ile nie ogranicza tego przepis prawa, na podstawie którego Pani/Pana dane są przetwarzane.

**IX. Informacje o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie danych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obowiązkowe. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych może być wymogiem:

1) ustawowym,
2) umownym,
3) warunkiem zawarcia umowy,

do których podania będzie Pan/Pani zobowiązana/y.

W przypadku, gdy będzie istniał obowiązek ustawowy, a nie poda Pani/Pan swoich danych, nie będziemy mogli zrealizować zadania ustawowego, co może skutkować brakiem możliwości realizacji celu lub konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.

W przypadku, kiedy podanie danych będzie warunkiem zawarcia umowy, a nie poda Pani/Pan swoich danych, nie będziemy mogli zawrzeć takiej umowy.

**X. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

W oparciu o Pana/Pani dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pana/Pani zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

**Administrator Danych Osobowych**

**Dyrektor**

**Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włocławku**