**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**Programu pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”**

 **– MODUŁ I, Moduł II**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin, jako administrator danych osobowych zawartych we wniosku na podstawie art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 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 (zwanego dalej RODO) informuje, że:

1. Dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9, ust. 2 lit. a RODO.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez PCPR Wołomin oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
3. Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione odbiorcom danych o których mowa w art. 4 pkt 9 RODO.
4. Dane osobowe zawarte we wniosku będą przechowywane przez okres 10 lat od rozpatrzenia wniosku, licząc od 1 stycznia roku następującego po roku, w którym Pani/Pan wniosek został rozpatrzony, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W zakresie przetwarzania danych osobowych zawartych we wniosku ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie:
7. dostępu do danych osobowych zawartych we wniosku (na zasadach określonych w  art. 15 RODO);
8. sprostowania zawartych we wniosku danych osobowych (na zasadach określonych w  art. 16 RODO).
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości przyznania dofinansowania.

**Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie i zapoznałem/am się z jej treścią.**

| Miejscowość | Data | Podpis wnioskodawcy/ opiekuna  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |