

**Dyrektor Powiatowego Zespołu Placówek
Szkolno – Wychowawczych w Hrubieszowie**

**Wniosek
zgłoszenia dziecka do objęcia
wczesnym wspomaganie rozwoju w ramach programu „Za życiem”**

program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, przyjęty na podstawie art. 12 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2020 poz. 1329) oraz na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2017 poz. 1712).

Ja niżej podpisany _____
imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna składającego wniosek

proszę o objęcie pomocą specjalistyczną mojego dziecka:

I. Dane dziecka

Nazwisko i imię dziecka: _____
Data urodzenia: _____
Numer PESEL dziecka: _____
Pełny adres zamieszkania: _____
Nazwa i adres żłobka/
przedszkola: _____

II. Moje dziecko:

- ☐ jest dzieckiem posiadającym **opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka, którą dołączam do wniosku**
- ☐ jest objęte zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, proszę wskazać placówkę, która je prowadzi: _____

III. Kontakt tel. do rodziców:

Imię i nazwisko ojca: _____ tel. _____
Imię i nazwisko matki: _____ tel. _____

miejscowość, dnia

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż:

- 1) Zapoznałem się z Regulaminem udziału w ramach rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za Życiem” i jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania obowiązującego Regulaminu.
- 2) Zostałem poinformowany, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym ze środków publicznych.
- 3) Mój udział w Programie jest dobrowolny.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

Oświadczam, iż moje dziecko nie jest objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach Programu „Za Życiem” w innym ośrodku.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w Programie „Za życiem” są zgodne z prawdą.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Zespół Placówek Szkolno – Wychowawczy w Hrubieszowie (Zamojska 16 A, 22-500 Hrubieszów, telefon kontaktowy: 84 696 24 55).
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia prawa do świadczenia wynikającego z ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem".
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" – zwanej dalej Ustawą.
- 5) Państwa dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki.
- 6) Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym w profilowaniu.

- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie Ustawy jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

Zgoda na rozpowszechnianie wizerunku

W związku z udziałem mojego dziecka w ramach rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za Życiem” wyrażam zgodę na rozpowszechnianie, wykorzystanie, utrwalanie, zwielokrotnianie, kopiowanie, opracowanie i powielanie mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka w publikacjach: na stronie internetowej, w wydawnictwach i w materiałach promocyjnych, w gazetkach i broszurach, kronice lub kronice okolicznościowej, w gablotach i na tablicach ściennych i inne

zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1231 ze zm.). Zgoda na rozpowszechnianie wizerunku nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie. Zgoda jest udzielona nieodpłatnie.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

