|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  |  | | | | |  |  | |  |  | | |
| **Załącznik nr 1**  **Wniosek osoby uprawnionej o dofinansowanie kosztów szkolenia języka polskiego, polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM), sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza-przewodnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Data wypełnienia wniosku: | | | | | | | | | | | | | | 3. Numer wniosku**1** | | | | | | | |
| **I. Dane wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Imię | | | | | | | | | 5. Nazwisko | | | | | | | | | | | | |
| 6. Numer PESEL**2** | | | | | | | | | 7. Nr telefonu, o ile posiada**3** | | | | | | | 8. Adres poczty elektronicznej (e-mail), o ile posiada**3** | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
| 9. Województwo**4** | | | 10. Miejscowość | | | | | | | | | 11. Powiat | | | | | 12. Gmina | | | 13. Kod pocztowy | |
| 14. Poczta | | | | | | 15. Ulica | | | | | | | | | 16. Nr domu | | | 17. Nr lokalu | | | |
| **Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Województwo**4** | | | | | | 19. Miejscowość | | | | | | | 20. Powiat | | | | | 21. Kod pocztowy | | | |
| 22. Poczta | | | | | | 23. Ulica | | | | | | | | | 24. Nr domu | | | 25. Nr lokalu | | | |
| **II. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Imię | | | | | | 27. Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. Numer PESEL**2** | | | | | | 29. Nr telefonu, o ile posiada**3** | | | | | | | | | 30. Adres poczty elektronicznej (e-mail), o ile posiada**3** | | | | | | |
| **III Przedmiot dofinansowania5** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. PJM (poziom A1, A2, B1, B2, C1, C2)6 lub (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 2. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 3. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 4. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) 5. język polski w piśmie nauczany metodą glottodydaktyczną (poziom A1, A2, B1, B2, C1, C2)6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. Nazwa i adres organizatora szkolenia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V. Termin i liczba godzin szkolenia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VI. Koszt szkolenia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VII. Ukończone kursy i szkolenia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | | Rok ukończenia | | | Liczba godz. | | | | | Rodzaj (język polski, PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik) | | | | | | | | | Poziom | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| Oświadczam, że:   1. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach szkolenia, 2. doświadczam trudności w komunikowaniu się, które wynikają z mojego stanu zdrowia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VIII. Załączniki** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dołączam dokument zawierający informację o programie szkolenia organizatora szkolenia oraz liczbie godzin szkolenia5:  36. Tak  37. Nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  |  | | | …………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  |  | | | (podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania) | | | | | | | | | |

Objaśnienia:

1. Numer wniosku wprowadza Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. W przypadku nieposiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
3. Pole nieobowiązkowe.
4. Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Właściwe podkreślić.
6. Przez poziomy szkolenia rozumie się Europejski System Opisu Kształcenia Językowego przyjęty przez Radę Europy.

# Informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Tożsamość administratora**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie (00-828), przy al. Jana Pawła II 13.

**Dane kontaktowe administratora**

Z administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail: [kancelaria@pfron.org.pl](mailto:kancelaria@pfron.org.pl), telefonicznie pod numerem +48 22 50 55 500 lub pisemnie na adres siedziby administratora.

**Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się poprzez   
e-mail: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl) we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem.

**Cele przetwarzania**

Celem przetwarzania danych osobowych jest:

1. rozpatrzenia wniosku,
2. zawarcie umowy,
3. realizacja i rozliczenie umowy,
4. prowadzenie badań i ewaluacji zlecanych przez PFRON podmiotom zewnętrznym.

**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 jest art. 6 ust. 1 lit. b (wykonanie umowy) oraz c RODO (realizacja przez administratora obowiązku prawnego).

**Okres, przez który dane będą przechowywane**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi   
w PFRON.

**Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi pocztowe, badań i ewaluacji, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Państwa dane osobowe mogą być udostępniane przez PFRON podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa, np. organom publicznym.

**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.

**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 jest obowiązkowe w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia12 czerwca 2012 r.   
w sprawie dofinansowania kosztów szkolenia polskiego języka migowego, systemu językowo-migowego, sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych oraz tłumacza-przewodnika   
(Dz. U. z 2012 r., poz. 687).

**Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Decyzje podejmowane wobec Państwa przez administratora nie będą opierały się wyłącznie  
na zautomatyzowanym przetwarzaniu.