………………………..…………., dnia

Miejscowość data

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

imię i nazwisko

Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego

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

adres do korespondencji

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

telefon kontaktowy/adres e-mail

**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**ul. Główna 23A**

**18-212 Nowe Piekuty**

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom   
ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), jako\*:

* osoba ze szczególnymi potrzebami[[1]](#footnote-1),
* przedstawiciel osoby ze szczególnymi potrzebami (proszę podać imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami) …………………………………………………………………………………………

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie\*:

* dostępności architektonicznej,
* dostępności informacyjno-komunikacyjnej.
* dostępności cyfrowej

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej zapewnienie dostępności w Ośrodku Pomocy Społecznej w Nowych Piekutach w obszarze architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym lub cyfrowym (proszę wskazać i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

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

Wskazanie interesu faktycznego (w tym krótki opis rodzaju sprawy, którą Wnioskodawca pragnie załatwić w Ośrodku Pomocy Społecznej w Nowych Piekutach):

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

Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności, jeżeli dotyczy:

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

Wskazanie preferowanego sposobu odpowiedzi na wniosek\*:

1. Kontakt telefoniczny
2. Korespondencja pocztowa
3. Korespondencja elektroniczna (e-mail)
4. Odbiór osobisty

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

(podpis wnioskodawcy)

\* właściwe podkreślić

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Realizując obowiązki wynikające z Rozporządzenia 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 tych danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/45/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) RODO, w stosunku do osób fizycznych korzystających z oferty Ośrodka, informujemy:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowych Piekutach, ul. Główna 23A, 18-212 Nowe Piekuty, [ops@nowepiekuty.pl](mailto:ops@nowepiekuty.pl) lub tel: 666 090 399
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, kontakt drogą elektroniczną [iod@deltacomp.pl](mailto:iod@deltacomp.pl) lub pisemnie na adres administratora.
3. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Ośrodka - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a) i c) i na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. a), b) i g) RODO oraz na podstawie przepisów prawa. Szczegółowe informacje na temat celu i podstawy prawnej dla danego rodzaju przetwarzania są podane w treści wniosku oraz na stanowiskach obsługi klienta, w trakcie zbierania danych.
4. W zakresie w jakim dane osobowe są zbierane na podstawie ustawowo określonych uprawnień i obowiązków Ośrodka związanych z wykonywaniem czynności, podanie danych osobowych jest dobrowolne. W przypadku niepodania danych osobowych Ośrodek zmuszony jest odmówić obsługi Klienta.
5. Odbiorcami danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub przyznania świadczeń.
6. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
8. Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Dane nie są przekazywane do państw trzecich.
10. Administrator nie stosuje zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

……………………………………………… Podpis wnioskodawcy

1. Osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

   \* właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-1)