

**ZAPYTANIE OFERTOWE****I. ZAMAWIAJĄCY**

Gmina Lipnica Murowana

Lipnica Murowana 44

32-724 Lipnica Murowana

w imieniu której działa:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej

siedziba: Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana

**II. INFORMACJE OGÓLNE**

1. Zapytanie ofertowe nie jest równie i nie przekracza kwoty 130 000 złotych i zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 1320) nie podlega jej przepisom.
2. Zapytanie ofertowe podlega przepisom Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1781).
3. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Zamawiający” – należy przez to rozumieć Gminę Lipnica Murowana, w imieniu której działa Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
4. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Wykonawca” – należy przez to rozumieć: osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, która ubiega się o udzielenie zamówienia, złożyła ofertę lub zawarła umowę w sprawie zamówienia.
5. Ofertę sporządza się w języku polskim i składa pod rygorem nieważności w formie pisemnej.
6. Treść oferty musi odpowiadać treści Zapytania ofertowego.
7. Złożenie oferty niezgodnej z obowiązującym prawem lub Zapytaniem ofertowym spowoduje odrzucenie oferty.
8. Osobą uprawnioną do bezpośredniego kontaktowania się z Wykonawcami jest

Kierownik GOPS Monika Słowińska (tel. 146852350) oraz starszy specjalista pracy socjalnej Mariusz Dudziak (tel. 146852330).

### III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest **świadczenie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością** jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym na rzecz:
  - a) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
  - b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
    - o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
    - o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo
    - traktowane na równi z orzeczeniem w stopniu znacznym lub umiarkowanym, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.);- w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
  - a) wsparciu uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
  - b) wsparciu uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
  - c) wsparciu uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
  - d) wsparciu uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
3. Zakres czynności w szczególności dotyczy:
  - a) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
    - ubieranie;
    - korzystanie z toalety;
    - mycie głowy, mycie ciała, kąpiel;

- czesanie;
- golenie;
- wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu;
- obcinanie paznokci rąk i nóg;
- zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku;
- zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń;
- zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych;
- przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę);
- stanie łóżka i zmiana pościeli.

b) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszenie śmieci;
- dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie);
- w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku;
- utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
- pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością);
- podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go;
- transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością).

c) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością;
- pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
- pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym;

- pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu;
  - asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami;
  - transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta.
- d) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji;
  - wyjście na spacer;
  - asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
  - załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej;
  - pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy;
  - wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
  - notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze;
  - pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.;
  - wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością;
  - w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.
4. Miejsca świadczenia poszczególnych usług będą wskazane po zawarciu umowy z Wykonawcą na podstawie uzyskanego przez Zamawiającego zgłoszenia od osoby niepełnosprawnej, przy czym usługi stanowiące przedmiot zamówienia będą odbywać się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej **na terenie Gminy Lipnica Murowana.**
5. Usługi mogą być świadczone przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę.

6. Usługi będą świadczone **w wymiarze i zakresie czasowym ustalonym indywidualnie dla każdego uczestnika Programu.**
7. Rodzaj usług uzależniony jest od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Rodzaj usług dla danej osoby niepełnosprawnej określony jest w Karcie **zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.**
8. Godzina świadczenia usług asystencji osobistej wynosi 60 minut.
9. Możliwa jest sytuacja, w której w danym okresie czasu nie będą świadczone usługi przez Wykonawcę z uwagi na brak zainteresowania i/lub potrzeb osób skorzystaniem z usług asystencji osobistej.
10. Zapłata wynagrodzenia Wykonawcy będzie następowała w oparciu o liczbę godzin świadczonych usług w ramach wykonywania przedmiotowego zamówienia w danym miesiącu, zgodnie z potwierdzonym harmonogramem wykonania usług, zawartym w **Karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.**

#### **IV. PLANOWANY TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

03.03.2025r. – 31.12.2025r.

Termin realizacji zadania może ulec zmianie i zależy jest od otrzymania środków finansowych od Wojewody Małopolskiego.

#### **V. KWALIFIKACJE OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:**

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
  - a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub
  - b) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np.

doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub

- c) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.
2. Osoby świadczące usługi asystencji osobistej powinny również wykazywać dyspozycyjność, przygotowanie do pracy w terenie, posiadać umiejętność dobrej organizacji pracy indywidualnej w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych.

## **VI. WYMAGANA DOKUMENTACJA:**

1. Oferta na świadczenie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością;
2. Dokumenty potwierdzające wykształcenie;
3. Inne dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności;
4. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy, opieki, wsparcia osobom z niepełnosprawnością (również w formie wolontariatu);
5. Życiorys (CV);
6. Referencje z dotychczasowych miejsc pracy (w przypadku ich posiadania);
7. Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych – kandydaci do pracy;
8. Klauzula informacyjna RODO Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025;
9. Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025;
10. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych oraz o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie;
11. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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, str. 1);
12. **W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z**

**orzeczeniem o niepełnosprawności** łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest ponadto:

- a) **zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego** (<https://ekrk.ms.gov.pl>);
- b) **informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru** (<https://rps.ms.gov.pl>);
- c) **pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.**

## **VII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona na formularzu ofertowym, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
2. Zaoferowana cena jednostkowa musi być wyrażona jako **cena brutto** w polskich złotych. Ceny należy podać w pełnych złotych.
3. Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone na podstawie rachunku/faktury wystawionego/-ej przez Wykonawcę. Rozliczenie nastąpi w oparciu o faktycznie zrealizowany i sprawdzony zakres przedmiotu zamówienia na podstawie ceny zawartej w umowie zlecenia z Wykonawcą oraz karty realizacji usług asystencji osobistej.
4. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas na rzecz osoby niepełnosprawnej wraz z czasem dojazdu lub dojścia do jego miejsca zamieszkania, tj. czasem oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższym niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.

## **VIII. SPOSÓB I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY**

1. Oferta musi spełniać wszystkie wymagania określone w niniejszym zapytaniu ofertowym.
2. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem platformy ePUAP: na adres „gopslipnica” (podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem

zaufanym lub podpisem osobistym), Poczty Polskiej, firmy kurierskiej lub też dostarczona osobiście na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej, Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana **do dnia 15.01.2025r.** Decyduje data wpływu do siedziby Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.

3. W przypadku składania oferty w siedzibie zamawiającego lub pocztą – na kopercie należy umieścić napis: **„Oferta na świadczenie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością”**.
4. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane i nie będą zwracane do kierującego ofertę.

#### **IX. KRYTERIA WYBORU OFERTY**

1. Cena brutto jednej godziny zegarowej świadczenia usług asystencji osobistej – 50%.
2. Kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe oferenta – 50%.

#### **X. OCENA OFERT**

1. Ocena ofert zostanie dokonana po ich otrzymaniu od oferentów a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostaną obwieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
2. Oceny złożonych ofert dokona komisja rekrutacyjna powołana przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej. Z posiedzenia komisji zostanie sporządzony stosowny protokół.
3. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
4. Od rozstrzygnięcia niniejszego zapytania ofertowego (wyboru oferty) nie przysługuje odwołanie.

#### **XI. KONTAKT W SPRAWIE ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

Wszelkie pytania w sprawie niniejszego zapytania należy kierować na adres email: [gops@lipnicamurowana.pl](mailto:gops@lipnicamurowana.pl) lub pod nr tel. 146852330, 146852350.

**Kierownik GOPS**

***mgr Monika Słowińska***

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/



.....  
nazwisko, imię, adres oferenta /  
pieczęć oferenta

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**  
**w Lipnicy Murowanej**  
**Lipnica Dolna 25**  
**32-724 Lipnica Murowana**

**OFERTA – ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr GOPS.4221.AOON.33.2024 z dnia 17.12.2024r. dotyczące świadczenia usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością składam ofertę następującej treści:

1. Oferuję wykonanie zamówienia na świadczenie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością za cenę brutto ..... zł (słownie: .....  
.....) za jedną godzinę świadczonych usług.

2. Nazwisko, imię, adres Wykonawcy  
.....  
.....

NIP (w przypadku prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej): .....

3. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

4. *Prowadzę/nie prowadzę\** pozarolniczą(-ej) działalność(-ci) gospodarczą(-ej) i *podlegam/nie podlegam\** ubezpieczeniu społecznemu.

5. *Podlegam/nie podlegam\** ubezpieczeniu społecznemu rolników

**Załączniki:**

1. Dokumenty potwierdzające wykształcenie:  
.....  
.....;

2. Inne dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności:

.....  
.....;  
3. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie zawodowe:

.....  
.....;

4. Życiorys (CV);

5. Referencje z dotychczasowych miejsc pracy (w przypadku ich posiadania);

6. Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych – kandydaci do pracy;

7. Klauzula informacyjna RODO Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025;

8. Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej;

9. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych oraz o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie;

10. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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, str. 1);

oraz (w przypadku świadczenia usług asystencji osobistej na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności):

11. zaświadczenie o niekaralności;

12. informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;

13. pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić

### **Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych – kandydaci do pracy**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwane dalej RODO), informuję iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana, tel. 14 68 52 330, e-mail: [gops@lipnicamurowana.pl](mailto:gops@lipnicamurowana.pl).
- 2) Inspektorem ochrony danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej jest Pani Patrycja Powroziejcz-Wrona, dane kontaktowe: [odo@lipnicamurowana.pl](mailto:odo@lipnicamurowana.pl).
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na stanowisko pracy na jakie złożył Pan/Pani na podstawie art. 6 ust 1 lit. b) RODO i na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO (przetwarzanie w postaci wizerunku).
- 4) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy państwowe w zakresie wykonywanych zadań, pracownicy Administratora w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie upoważnienia.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza obszar gospodarczy Unii Europejskiej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia procesu rekrutacji na stanowisko pracy na jakie Pan/Pani aplikował/a lub/i do czasu cofnięcia przez Panią/Pana zgody i tylko w zakresie w jakim udzielono zgody.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale nie podanie danych określonych Kodeksem Pracy spowoduje niemożność wzięcia udziału w rekrutacji.
- 10) Pani/Pana dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.

.....  
(data i podpis oferenta)

## **Klauzula informacyjna RODO Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 i art. 14 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej, zwany dalej „Ośrodkiem”, mający siedzibę pod adresem Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: [odo@lipnicamurowana.pl](mailto:odo@lipnicamurowana.pl) lub pisemnie na adres: Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko, adres zamieszkania, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do Programu oraz uczestnictwa w Programie lub sprawozdawczości.

### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do Programu oraz uczestnictwa w Programie lub sprawozdawczości dotyczącej realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 296 z późn. zm.).

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku

z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa, w tym dane uczestników Programu, mogą być udostępniane Ministrowi lub Wojewodzie do celów sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzoru.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

#### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

#### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

#### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

#### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

#### **Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez Panią/Pana dobrowolnie w związku z Pani/Pana rekrutacją/udziałem do/w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

#### **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań tut. Ośrodka w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

#### **Potwierdzam zapoznanie się:**

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis oferenta)

## **Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: [iodo@mrpips.gov.pl](mailto:iodo@mrpips.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją.

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i

wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

#### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

#### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

#### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

#### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

#### **Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

#### **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

.....  
(data i podpis oferenta)

.....  
imię i nazwisko oferenta

.....  
miejscowość i data

.....  
.....  
adres oferenta

## OŚWIADCZENIE

Uprzedzony(-a) i świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 17 z późn. zm.), który brzmi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” niniejszym oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam w pełni z praw publicznych. Jednocześnie oświadczam, iż nie byłem(-am) karany(-a) za przestępstwa popełnione umyślnie.

.....  
podpis oferenta



.....  
imię i nazwisko oferenta

.....  
miejscowość i data

.....  
adres oferenta

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w złożonej przeze mnie ofercie na świadczenie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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, str. 1).

.....  
podpis oferenta