**Dotazník pro zájemce o osobní asistenci**

**I. Informace o zájemci o osobní asistenci**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………… Telefon: ………………………………………….

Datum narození: …………………

Adresa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zákonný zástupce/opatrovník (jméno, kontakt, adresa):

**II. Informace o službě osobní asistence**

1. **Jak často byste chtěl/a osobní asistenci využívat?**

Uveďte dny v týdnu, včetně víkendu, kdy se bude služba OA poskytovat.

Kolik hodin denně (od - do)?

**2. Specifikace místa výkonu služby osobní asistence** (domov, škola, apod.).

**3. Vaše představy a požadavky na výkon služby osobní asistence.**

*Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v žádosti o nabízenou službu jsou pravdivé a nezkreslené.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: Podpis zájemce o službu (zástupce/opatrovníka)

**III. Informace pro zájemce/uživatele služby osobní asistence o zpracování jeho osobních údajů**

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.p.s. (dále jen CZP MSK) IČ: 265 93 548, se sídlem Bieblova 3, 702 00 Ostrava **jako správce Vašich osobních údajů zpracovává osobní údaje v rozsahu nutném pro svou činnost a poskytnutí služby:**

**Jaké osobní údaje v průběhu poskytování služby zpracováváme:**

1. **identifikační údaje a kontaktní údaje** - jméno, příjmení, státní příslušnost, datum narození, titul, telefon, email, adresa;
2. **klientské údaje** - způsobilost k právním úkonům, je-li zástupce - jméno, příjmení, datum narození, adresa, telefonní číslo, právní titul k zastoupení, místo výkonu OA (uložení klíčů);
3. **údaje o zdravotním stavu** - dietní opatření, zdravotní stav (laický popis), medikace, kompenzační pomůcky;
4. **údaje o nepříznivé sociální situaci** - úroveň soběstačnosti a mobility, jiní poskytovatelé sociálních služeb, sociální anamnéza (rodina, přátelé, vazby na prostředí bydliště).

**Jaká máte práva:**

1. žádat informace o zpracování Vašich osobních údajů;
2. nahlížet do dokumentace, kterou o Vás CZP MSK vede a která obsahuje Vaše výše vyjmenované osobní údaje (právo **přístupu)**;
3. žádat **o opravu svých osobních údajů,** pokud zjistíte, že CZP MSK zpracovává Vaše již neaktuální nebo chybně zapsané osobní údaje;
4. žádat o **výmaz** (likvidaci), popřípadě žádat o **omezení zpracování** svých osobních údajů, které CZP MSK zpracovává (právo na výmaz není právem absolutním, bude postupováno dle čl. 17 nařízení GDPR);
5. podat **námitku** proti zpracování některých svých osobních údajů dle (čl. 21 nařízení GDPR),
6. požadovat **přenositelnost Vašich osobních údajů** (tj. vydání zpracovávaných osobních údajů v běžně používaném a strojově čitelném formátu);
7. pokud je zpracování Vašich osobních údajů podmíněno Vašim předchozím souhlasem, máte právo souhlas odvolat (tím však není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním);
8. **podat stížnost** u dozorového úřadu, tj. v rámci České republiky u Úřadu pro ochranu osobních údajů ČR. adresa: Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7, telefon: +420 234 665 111 (ústředna), fax: +420 234 665 444, elektronická podatelna: posta@uoou.cz; datová schránka: qkbaa2n, webové stránky: [https://www.uoou.cz](https://www.uoou.cz/).

**Jak dlouho jsou osobní údaje zpracovávána:**

Osobní údaje jsou zpracovávány pouze po nezbytnou dobu, která je individuální pro jednotlivé účely zpracování a pohybuje se v rozmezí 1 až 5 let. Po uplynutí této doby jsou osobní údaje zlikvidovány nebo jsou dále uchovány po dobu stanovenou platným Spisovým a skartačním řádem (plánem) č.1/2007.

Specifikace zpracovávaných údajů, jejich archivační podmínky a práva zájemce/uživatele v souvislosti s jejich zpracováním jsou dostupné na stránkách organizace a u vedoucího služby

**Kde můžete výše uvedená práva uplatnit (požadovat):**

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o.p.s. - ředitel organizace.

**Tel. číslo:** 596 115 318

**Adresa:** Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o.p.s., Bieblova 3, 702 00 Ostrava.

**ID datové schránky:** 4ihsd4y

*Zájemce byl řádně a srozumitelně poučen o zpracování jeho osobních údajů.*

…………………………. ………………………………………………………………………..

Datum Podpis zájemce o službu (zástupce/opatrovníka)