Data wpływu: .....……..

Nr sprawy: ……..

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	miasto wieś
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	

Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	miasto wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	tak nie
Stopień niepełnosprawności:	Znaczny Umiarkowany Lekki Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	Bezterminowo okresowo – do dnia: …….
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	I grupa II grupa III grupa nie dotyczy
Niezdolność:	Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny Osoby całkowicie niezdolne do pracy Osoby częściowo niezdolne do pracy Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym

	Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	01-U – upośledzenie umysłowe 02-P – choroby psychiczne 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu osoba głucha osoba głuchoniema 04-O – narząd wzroku osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma 05-R – narząd ruchu wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego dysfunkcja obu kończyn górnych 06-E – epilepsja 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia 08-T – choroby układu pokarmowego 09-M – choroby układu moczowo-płciowego 10-N – choroby neurologiczne 11-I – inne 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	tak nie

Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	2 przyczyny 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

w tym liczba osób niepełnosprawnych:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem

korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	

Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Budynek:	dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na piętrze Numer Piętra:
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	

Liczba pokoi:	Liczba Pokoi: + kuchnia, + łazienka, + wc
Łazienka jest wyposażona w:	wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
W mieszkaniu jest:	instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

SYTUACJA ZAWODOWA

Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą

Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

Bezrobotny poszukujący pracy

Rencista poszukujący pracy

Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

Dzieci i młodzież do lat 18

Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,

podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający

miesiąc złożenia wniosku, wynosił: **.....……. zł.**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: **……...**

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	**Plik**

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
1. Kopia aktualnego orzeczenia wnioskodawcy o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności. 2. Kopię orzeczeń o niepełnosprawności osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą. 3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz uzasadnienie potrzeb likwidacji barier wynikających z niepełnosprawności (ważne 1 miesiąc od daty wydania) - druk zaświadczenia stanowi załącznik nr 1 do wniosku. 4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier lub pisemna zgoda właściciela. 5. Oświadczenie wnioskodawcy o miejscu zameldowania na pobyt stały oraz o ilości osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z wnioskodawcą – druk oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do wniosku. 6. Kserokopie dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (dotyczy opiekunów prawnych). 7. Kosztorys – plan przedsięwzięć przewidzianych do wykonania.

Załącznik Nr 1

do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych,

w komunikowaniu się, technicznych

Pieczęć Ośrodka

Zdrowia

Zaświadczenie Lekarskie

wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie

Imię i nazwisko …….

Pesel …… Adres …….

Rozpoznanie choroby zasadniczej (NAZWA PO POLSKU)

……

Uzasadnienie potrzeb likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych wynikających z niepełnosprawności

…… ……

……

……...

(Data) (podpis i pieczęć lekarza)

Załącznik Nr 2

do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych,

w komunikowaniu się, technicznych

……

(miejscowość, data)

…….

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a …….

legitymujący/a się dowodem osobistym nr seria…….,

pesel…….

Oświadczam że:

1. Jestem zameldowany/a na pobyt stały pod adresem:

   ……

   oraz że w miejscu tym koncentrują się wszystkie moje sprawy życiowe.

2. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z następującymi osobami:

   ……

   ……

(podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

Załącznik nr 3f) *do Polityki ochrony danych osobowych*

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie

Klauzula informacyjna dla osób korzystających ze wsparcia w ramach rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie- art. 14 RODO

Szanowni Państwo,

Zgodnie z 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 informuję, (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanym dalej „RODO" i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych, iż:

1. Administratorem Pani/Pana* danych osobowych jest **Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie**, zwany dalej: **"Administratorem"**. Może Pani/Pan* skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie, ul. H. Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów** lub telefonując pod numer: **15 86 84 392, adres e-mail:** pcpr@pcpropatow.pl Może Pani/Pan* skontaktować się z Administratorem za pośrednictwem powołanego przez niego **Inspektora Ochrony Danych**, pisząc na adres: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie ul. H. Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów** lub telefonując pod numer**: 15 86 84 409 lub adres e-mail:** pcpr@pcpropatow.pl

2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana* danych jest realizacja wymogu ustawowego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie pomiędzy Panią/Panem* a Administratorem, dla którego przetwarzanie Pani/Pana* danych jest niezbędne.

3. Pani/Pana* dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu/celach:

   a. realizacji wymogu ustawowego na podstawie Pani/Pana*, o którym mowa w 9 ust. 1 i ust. 2 lit. a RODO,
   b. wykonania umowy, której stroną jest Pani/Pan, której/którego dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie Pani/Pana, której/którego dane dotyczą, przed zawarciem umowy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
   c. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
   d. realizacji obowiązku ustawowego na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne, a ich niepodanie spowoduje, że rozpatrzenie i/lub* realizacja zadań będą niemożliwe, a w pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne.

5. Pani/Pana* dane będą przechowywane nie dłużej niż przez okres wymagany przepisami prawa, zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi w PCPR, nie dłużej jednak niż do ustania celu, dla którego dane zostały zebrane, lub cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

6. Odbiorcami Pani/Pana* danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w szczególności:

a. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, m. in. Starostwo Powiatowe w Opatowie,
b. operatorzy pocztowi oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z administratorem danych osobowych zapewniają wsparcie techniczne dla systemów informatycznych, w których dane są przetwarzane,
c. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 213, 00-828 Warszawa.

7. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana* danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

8. Źródło pochodzenia Pani/Pana danych: dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał nam je w związku z wymogiem ustawowym.

9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, uzupełnienia, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

10. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana* danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu* prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowym.

11. W oparciu o Pani/Pana* dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana* zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania**.

** niewłaściwe skreślić*

*** Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.*

Załącznik nr 3g) *do Polityki ochrony danych osobowych*

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie

Klauzula informacyjna dla osób korzystających ze wsparcia w ramach rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w Systemie SOW- art. 13 i 14 RODO

Szanowni Państwo,

1. Administratorem Pani/Pana* danych osobowych jest: **Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie**. Może Pani/Pan* skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie, ul. H. Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów** lub telefonując pod numer: **15 86 84 392, adres e-mail:** pcpr@pcpropatow.pl Może Pani/Pan* skontaktować się z Administratorem za pośrednictwem powołanego przez niego **Inspektora Ochrony Danych**, pisząc na adres: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie ul. H. Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów** lub telefonując pod numer**: 15 86 84 409 lub adres e-mail:** pcpr@pcpropatow.pl; oraz **Prezes Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** al. Jana Pawła II 13, 00-823 Warszawa, e-mail: kancelaria@pfron.org.pl oraz z Inspektorem Ochrony Danych w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pisząc na adres e-mail: iod@pfron.org.pl

2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana* danych jest realizacja wymogu ustawowego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie pomiędzy Panią/Panem* a Administratorem, dla którego przetwarzanie Pani/Pana* danych jest niezbędne.

3. Pani/Pana* dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu/celach:

   a. realizacji wymogu ustawowego na podstawie Pani/Pana* dobrowolnej zgody, o której mowa w art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz 9 ust. 1 i ust. 2 lit. a, g RODO,
   b. wykonania umowy, której stroną jest Pani/Pan, której/którego dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie Pani/Pana, której/którego dane dotyczą, przed zawarciem umowy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
   c. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, art. 6 ust. 1 lit. c, e, f RODO,
   d. w celu zarządzania Systemem SOW oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego. Dane osobowe przetwarzane są przez PCPR w Opatowie w celu rozpoznania złożonego wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON, w związku z: ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych; w ustawą z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego; ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach; ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa; ustawą z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.

4. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne, a ich niepodanie spowoduje, że rozpatrzenie i/lub* realizacja zadań będą niemożliwe, a w pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne.

5. Pani/Pana* dane będą przechowywane nie dłużej niż przez okres wymagany przepisami prawa, zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi w PCPR i w PFRON, nie dłużej jednak niż do ustania celu, dla którego dane zostały zebrane, lub cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

6. Odbiorcami Pani/Pana* danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa:

- organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, m. in. Starostwo Powiatowe w Opatowie,

- podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,

- podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PCPR w Opatowie przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PCPR,

- dostawca lub podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz Administratora PFRON usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy, 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, stronom postępowania administracyjnego.

7. Administrator PCPR nie zamierza przekazywać Pani/Pana* danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, uzupełnienia, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

9. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana* danych osobowych przez Administratora: PCPR lub PFRON przysługuje Pani/Panu* prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowym.

10. W oparciu o Pani/Pana* dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana* zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania**. Decyzje podejmowane wobec Państwa przez PFRON nie będą opierały się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu.

* *niewłaściwe skreślić*

** *Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.*