

Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania pomocy w ramach projektu „Recepta na zdrowie 7”

Numer wniosku:	Data wpływu:
Adnotacje:	

Nie wypełniać szarego pola

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „RECEPTA NA ZDROWIE 7”¹

DANE OSOBOWE BENEFICJENTA POMOCY	
Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Adres korespondencyjny:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Nr PESEL:	

DANE OSOBOWE, OPIEKUNA PRAWNEGO BENEFICJENTA POMOCY: <i>/NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY BENEFICJENT POMOCY JEST OSOBĄ MAŁOLETNIAŁĄ LUB UBEZWŁASNOWOLNIONĄ/</i>	
Imię i nazwisko:	
Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:	
Adres zamieszkania:	
Adres korespondencyjny:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Nr PESEL:	

Niniejszy Formularz zgłoszeniowy jest wypełniany w celu wyrażenia zgody na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych beneficjentów pomocy w utworzonym zbiorze danych Fundacji „JESTEŚMY BLISKO” z siedzibą we Włoszczowie (dalej: Fundacja) w celu niezbędnym do wykonania zadań związanych z realizacją projektu „Recepta na zdrowie 7” przez Fundację Jesteśmy Blisko.

Informujemy, iż:

- 1) administratorem danych osobowych jest Fundacja „JESTEŚMY BLISKO” z siedzibą we Włoszczowie (kod pocztowy 29-100) przy ul. Jędrzejowskiej 79C. Kontakt z administratorem możliwy jest pod powyższym adresem lub numerem telefonu: (41) 388 1574, (41) 388 1456.

¹ Projekt „Recepta na zdrowie” realizowany jest przez Fundację Jesteśmy Blisko w ramach działalności statutowej. Budżet Projektu wynosi 150 000 zł i pochodzi ze środków zgromadzonych przez Fundację „Jesteśmy Blisko”, (zwanej dalej „Fundacją”). Celem projektu jest wsparcie beneficjentów w zakupie leków i środków medycznych.

- 2) dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Fundację w celu niezbędnym do wykonania zadań Fundacji związanych z realizacją projektu „Recepta na zdrowie 7”, w tym:
 - wsparcie beneficjentów w zakupie leków i środków medycznych (regulamin przyznawania pomocy w ramach projektu „Recepta na zdrowie 7” dostępny jest na stronie www.jestesmyblisko.pl oraz w siedzibie Fundacji „Jesteśmy Blisko” Włoszczowa kod pocztowy 29-100 ul. Jędrzejowska 79C)Osoba, której dane są przetwarzane, w każdej chwili ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawienia.
- 3) Fundacja gromadzi jedynie dane osobowe podane dobrowolnie. Równocześnie Fundacja informuje, iż beneficjent pomocy nie ma obowiązku podawania swoich danych osobowych, jednakże odmowa ich podania może uniemożliwić wykonanie wobec niego zadań Fundacji związanych z realizacją projektu „Recepta na zdrowie 7”.
- 4) Zgromadzone dane podlegają ochronie, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zgromadzone dane osobowe Fundacja może udostępnić wyłącznie w celu niezbędnym do wykonania zadań Fundacji związanych z realizacją projektu „Recepta na zdrowie 7” poprzez promocję Fundacji.

Administrator danych osobowych dokłada wszelkich starań, aby przechowywanym danym zapewnić właściwy stopień bezpieczeństwa.

Krótki opis sytuacji życiowej i materialnej w jakiej znajduje beneficjent pomocy (np. jestem osobą bezrobotną, emerytem /jestem samotną matką, itp. znajduje się w trudnej sytuacji życiowej, ze względu na... itp.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krótki opis stanu zdrowia beneficjenta pomocy z uwzględnieniem informacji o konieczności stałego przyjmowania leków lub korzystania ze środków pomocniczych (np. paski do glukometru, igły, ciśnieniomierz itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lista załączników:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę,
- kserokopia karty informacyjnej ze szpitala,
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności itp.

Czy korzystałeś już z pomocy Fundacji „Jesteśmy Blisko”?

- Tak
 Nie

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

Jeśli tak, proszę wskazać w jakiej formie?

Czy korzystałeś z pomocy innych fundacji?

- Tak
 Nie

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

Jeśli tak, proszę wskazać jakich i w jakim zakresie?

Kwota wnioskowanej pomocyzł
na okres 9 miesięcy.

OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI POSTANOWIEŃ REGULAMINU UDZIAŁU W PROJEKCIE

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w projekcie „**Recepta na zdrowie 7**”, który realizowany jest przez Fundację „Jesteśmy Blisko” i w pełni akceptuję jego postanowienia.

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH I KONIECZNOŚCI STAŁEGO PRZYJMOWANIA LEKÓW

Oświadczenie o dochodach:

- Oświadczam, że miesięczny dochód brutto mojej rodziny nie przekracza 1 950 zł brutto na osobę, a **mój stan zdrowia / stan zdrowia beneficjenta pomocy*** wymaga konieczności stałego przyjmowania leków.

Natomiast średni miesięczny koszt **leczenia lub/ i zakupu medycznych środków pomocniczych*** wynosi.....zł.

WYRAŻENIE ZGODY I UPOWAŻNIENIE NA WERYFIKACJĘ INFORMACJI DOSTARCZONYCH FUNDACJI ORAZ OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI DANYCH OSOBOWYCH:

- Oświadczam, że wszystkie informacje dotyczące mojej sytuacji finansowej, zdrowotnej, rodzinnej i życiowej przedstawione Fundacji „Jesteśmy Blisko” są prawdziwe. Jednocześnie zapewniam, że nie zataiłam/em żadnych informacji, które miałyby wpływ na decyzję Zarządu Fundacji. Jestem świadoma/y konsekwencji prawnych grożących mi w przypadku zatajenia informacji, wyłudzenia pomocy, sfałszowania lub wprowadzenia w błąd przedstawiciela Fundacji. Niniejszym, wyrażam zgodę na weryfikację wszystkich informacji dostarczonych przeze mnie Fundacji „Jesteśmy Blisko” z siedzibą we Włoszczowie, ul. Jędrzejowskiej 79C, 29-100 Włoszczowa.

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH:

- Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że dane osobowe będą przetwarzane przez Fundację „Jesteśmy Blisko” z siedzibą we Włoszczowie, ul. Jędrzejowska 79c, nr KRS 0000350393 (administratora danych) w celu niesienia pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie szans tych rodzin i osób, niesienia

pomocy osobom oczekującym na trudne, bądź drogie zabiegi medyczne oraz działania na rzecz osób niepełnosprawnych, realizowania pomocy społecznej oraz dla celów kontaktowych.

Podanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego oraz do realizacji prawnie uzasadnionych interesów art. 6 ust. 1 lit. c) i f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku (RODO). Prawnie uzasadnionym interesem realizowanym przez Fundację jest weryfikacja danych w celu zakwalifikowania do pomocy. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany obowiązującymi przepisami. Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli przetwarzanie danych może naruszać przepisy prawa. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty świadczące usługi księgowo, informatyczne, prawnicze. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych można kontaktować się pod adresem e-mail: iod@jestesmyblisko.pl

*Niepotrzebne skreślić

** Nie wypełnia się jeżeli beneficjentem pomocy ma być wnioskodawca bądź osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Decyzja w/s przyznania pomocy			
Lp.	Nazwa kryterium wyboru		
1.	Czy wnioskodawca spełnia kryteria wyboru opisane w regulaminie przyznawania pomocy ?	TAK	Nie
2.	Dochód netto na 1 członka rodziny nie przekracza 1950 zł. netto	Tak	Nie
3.	Beneficjent pomocy dostarczył wymagane dok. medyczne potwierdzające sytuację zdrowotną	Tak	Nie
4.	Beneficjent pomocy posiada trudną sytuację życiową lub materialną	Tak	Nie
Wartość przyznanej pomocy:			

Nie wypełniać szarego pola

Rozpatrzone w sposób: POZYTYWNY / NEGATYWNY

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Zarządu/pełnomocnika Zarządu)