

Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania pomocy w ramach projektu „Recepta na zdrowie 9”

Numer wniosku:	Data wpływu:
Adnotacje:	

Nie wypełniać szarego pola

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „RECEPTA NA ZDROWIE 9”¹

DANE OSOBOWE BENEFICJENTA POMOCY	
Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania/korespondencyjny	
Kod pocztowy:	
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/korespondencyjny	
Kod pocztowy:	
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 9” 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 1456.

¹ Projekt „Recepta na zdrowie” realizowany jest przez Fundację „Jesteśmy Blisko” w ramach działalności statutowej. Budżet Projektu wynosi 200 000 zł i pochodzi ze środków zgromadzonych przez Fundację „Jesteśmy Blisko”, (zwanej dalej „Fundacją”). Celem projektu jest wsparcie beneficjentów w zakupie leków i środków medycznych.

Lista załączników:

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

*zaświadczenie **musi zawierać spis leków**, jakie przyjmuje osoba składająca wniosek.

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 pomocy zł
na okres 10 miesięcy.

OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI POSTANOWIEŃ REGULAMINU UDZIAŁU W PROJEKCIE

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w projekcie „**Recepta na zdrowie 9**”, 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 netto mojej rodziny nie przekracza 2 200 zł netto 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, sfalszowania 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 74, 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 74, 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 księgowe, 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

.....
(miejscowość, 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 2 200 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

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis Prezes Zarządu
Fundacji „Jesteśmy Blisko”