



Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania pomocy w ramach projektu „Recepta na zdrowie 2”

Numer wniosku:	Data wpływu:
Adnotacje:	

Nie wypełniać szarego pola

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „RECEPTA NA ZDROWIE 2”¹

DANE OSOBOWE BENEFICJENTA POMOCY	
Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Adres korespondencyjny:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Seria i nr dowodu osobistego:	
Nr PESEL:	
Data i miejsce urodzenia:	

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

¹ Projekt „Recepta na zdrowie” realizowany jest przez Fundację Jesteśmy Blisko w ramach IV edycji Konkursu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!, organizowanego przez Fundację „Dbam o Zdrowie”. Budżet Projektu wynosi 94 500 zł, z czego 31 500 zł pochodzi z Fundacji „Dbam o Zdrowie”, a 63 000 zł z budżetu Fundacji „Jesteśmy Blisko” z siedzibą we Włoszczowie (zwanej dalej „Fundacją”). Celem projektu jest wsparcie beneficjentów w zakupie leków i środków medycznych.



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” przez Fundację Jesteśmy Blisko organizowanego w ramach VI edycji Konkursu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!.

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) 38 81 584.
- 2) dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Fundację w celu niezbędnym do wykonania zadań Fundacji związanych z realizacją projektu „Recepta na zdrowie 2” organizowanego w ramach VI edycji Konkursu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!, w tym:
 - wsparcie beneficjentów w zakupie leków i środków medycznych (regulamin przyznawania pomocy w ramach projektu „Recepta na zdrowie” 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” organizowanego w ramach VI edycji Konkursu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!.
- 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 2” organizowanego w ramach VI edycji Konkursu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ! 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 glikometru, igły, ciśnieniomierz itp.)

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

Lista załączników (np. zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę, kserokopie kart informacyjnych ze szpitali, kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności itp.).....

.....
.....



OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI POSTANOWIENÍ REGULAMINU UDZIAŁU W PROJEKCIE

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w projekcie „Recepta na zdrowie”, który realizowany jest przez Fundację Jesteśmy Blisko w ramach VI edycji Konkursu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!, organizowanego przez Fundację „Dbam o Zdrowie” i w pełni akceptuję jego postanowienia.

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH I KONIECZNOŚCI STAŁEGO PRZYJMOWANIA LEKÓW

- Oświadczam, że miesięczny dochód brutto mojej rodziny nie przekracza 1 800 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, 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 79C, 29-100 Włoszczowa.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym i załącznikach do formularza na podstawie art. 27 ust.2 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) przez Fundację „Jesteśmy Blisko” z siedzibą we Włoszczowie, ul. Jędrzejowska 79C, w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań przedmiotowej Fundacji.
- Oświadczam, że zostałem/am* poinformowany/a* o tym, że administratorem moich danych osobowych /i danych osobowych reprezentowanej przeze mnie osoby* jest Fundacja „Jesteśmy Blisko” z siedzibą we Włoszczowie przy ul. Jędrzejowskiej 79C oraz że podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne w związku z wnioskiem o pomoc z jakim wystąpiłem/am* do Fundacji, jak również pouczony/a* zostałem/am* o przysługującym mi prawie do wglądu do moich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania lub żądania ich trwałego usunięcia.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych beneficjenta pomocy:**

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych (imię i nazwisko osoby, której pomoc ma zostać udzielona) zawartych w formularzu zgłoszeniowym i załącznikach do formularza na podstawie art. 27 ust.2 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) przez Fundację „Jesteśmy Blisko” z siedzibą we Włoszczowie, ul. Jędrzejowska 79C w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań tejże Fundacji.

Zgoda na wykorzystanie wizerunku:

- Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku / wizerunku osoby przeze mnie reprezentowanej (imię i nazwisko osoby, której pomoc ma zostać udzielona)* w oparciu o Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2006 Nr 90, poz. 631 ze zm.) przez Fundację „Jesteśmy Blisko” z siedzibą we Włoszczowie, ul. Jędrzejowska 79C w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań tejże Fundacji.

*Niepotrzebne skreślić

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)