

Data wpływu wniosku	Numer ewidencyjny

(Wypełnia Koordynator ds. Polityki Społecznej Fundacji NEUCA dla Zdrowia)

**WNIOSEK O WSPARCIE DLA OSÓB FIZYCZNYCH W RAMACH PROGRAMU
WSPARCIA CHARYTATYWNEGO FUNDACJI NEUCA DLA ZDROWIA**

RODZIC, OPIEKUN, KURATOR,
(Wypełnia Wnioskodawca)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy	
Powiązanie Wnioskodawcy z osobą potrzebującą pomocy <i>(rodzic? opiekun? kurator?)</i>	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer PESEL / NIP	
Numer telefonu	
Adres email	

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do korzystania ze wsparcia charytatywnego <i>(osoba, której wsparcie dotyczy)</i>	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Data urodzenia	
Numer PESEL / NIP	
Ogólny stan zdrowia	

Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.

Forma wsparcia: (wybrać jedną lub więcej i opisać)

Wsparcie finansowe:
Kwota:
Wsparcie rzeczowe:
Inne:

Cel wsparcia: (uzasadnienie potrzeby realizacji wsparcia)

--

Wykaz dokumentów dołączonych do wniosku

1. 2. 3. 4. 5. 6.

Formularz zgłoszeniowy będzie rozpatrywany, gdy zostanie dołączony do niego komplet wymaganych dokumentów.

Zapoznałam/em się z Regulaminem przyznawania świadczeń w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia i akceptuję jego postanowienia.

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację NEUCA dla Zdrowia z siedzibą w Toruniu przy ul. Forteczna 35-37, 87-100 Toruń moich danych osobowych (podanych w powyższym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach), w celu niezbędnym do weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne dla realizacji wyżej podanego celu. Zgoda może być w każdym momencie wycofana, ale nie wpływa to na zgodność z prawem przetwarzania danych przed wycofaniem zgody. Zgodę można wycofać wysyłając wiadomość na maila kontakt@fundacjaneuca.pl.

Wycofanie zgody jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o wsparcie w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia oraz rezygnacją ze wsparcia.

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby, której wsparcie dotyczy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację NEUCA dla Zdrowia z siedzibą w Toruniu przy ul. Forteczna 35-37, 87-100 Toruń danych osobowych (podanych w powyższym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach), w tym danych o stanie zdrowia

.....
(imię i nazwisko osoby, której wsparcie dotyczy)

dla której jestem rodzicem/kuratorem/opiekunem prawnym*, w celu niezbędnym do weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne dla realizacji wyżej podanego celu. Zgoda może być w każdym momencie wycofana, ale nie wpływa to na zgodność z prawem przetwarzania danych przed wycofaniem zgody. Zgodę można wycofać wysyłając wiadomość na maila kontakt@fundacjaneuca.pl.

Wycofanie zgody jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o wsparcie w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia oraz rezygnacją ze wsparcia.

* niepotrzebne skreślić

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Administratorem danych osobowych podanych w powyższym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach jest Fundacja NEUCA Dla Zdrowia z siedzibą w Toruniu, przy ul. Forteczna 35-37, 87-100 Toruń.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email kontakt@fundacjaneuca.pl lub pisemnie pod wyżej wskazany adres siedziby. Z administratorem można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Dane osobowe, w tym dane o stanie zdrowia będą przetwarzane w celu:

Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.

- weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA Dla Zdrowia - podstawą prawną przetwarzania jest udzielona przez Panią/Pana zgoda, tj. art. 9 ust. 2 lit. a 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 („RODO”),
- zawarcia i wykonania umowy darowizny, w przypadku udzielenia świadczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy, tj. art. 6 ust. 1 lit. b RODO.

Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora (m.in. dostawcom usług IT) – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie z polecenia administratora.

Dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do zebrania i rozpatrzenia wniosków o wsparcie oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA Dla Zdrowia, chyba że wcześniej cofnie Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych oraz do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu realizacji wniosku.

Dane Wnioskodawców oraz osób, których wsparcie dotyczy, którym przyznano świadczenie będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy darowizny lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Na Pani/Pana wniosek administrator dostarczy kopię danych osobowych podlegających przetwarzaniu, przy czym za wszelkie kolejne kopie, o które się Pani/Pan zwróci, administrator może pobrać opłatę w rozsądnej wysokości wynikającej z kosztów administracyjnych.

Ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o wsparcie w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia oraz rezygnacją ze wsparcia.

Ma Pani/Pan także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora swoich danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Ma Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia charytatywnego Fundacji NEUCA dla Zdrowia.

Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem wsparcia ze strony Fundacji NEUCA dla Zdrowia. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa wniosku.