

NUMER WNIOSKU:/2026

**Wniosek o przyznanie dofinansowania
do zakupu leków, artykułów medycznych, środków opatrunkowych
w ramach projektu „DOSTĘPNOŚĆ DO ZDROWIA”**

Zakliczyn, dn.

Imię i nazwisko	
Wiek	
PESEL	
Adres	
Powiat	
Gmina	
Numer telefonu	

1. Oświadczam, że: [proszę zaznaczyć i odpowiedzieć zgodnie ze stanem faktycznym]

Jestem osobą niepełnosprawną	TAK (proszę podać stopień niepełnosprawności lub równoważny)	NIE
Jestem osobą przewlekle chorą	TAK (proszę podać rodzaj jednostki chorobowej, na którą wykupywane są leki i środki medyczne)	NIE
Jestem rencistą	TAK (proszę podać na jaki okres została przyznana renta)	NIE
Jestem emerytem	TAK	NIE
Samotnie wychowuję dziecko / dzieci	TAK (proszę podać imię i nazwisko dziecka / dzieci)	NIE
Mam dziecko przewlekle chore	TAK (proszę podać rodzaj schorzenia)	NIE
Uległam/em wypadkowi	TAK (proszę podać datę i rodzaj uszczerbku na zdrowiu)	NIE
Jestem osobą bezrobotną z prawem do zasiłku	TAK (proszę podać wysokość zasiłku w PLN)	NIE
Jestem osobą bezrobotną bez prawa do zasiłku	TAK	NIE

2. Wykaz zażywanych leków wraz z miesięcznymi kosztami ich zakupu:

L.P.	NAZWA LEKU	MIESIĘCZNY KOSZT ZAKUPU
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

3. Dochody w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę wynoszą miesięcznie
..... PLN.

4. Gospodarstwo domowe składa się z osób.

5. Średnia miesięczna wysokość wydatków na leki wynosi: PLN.

6. Uwagi własne istotne przy ocenie wniosku:

.....
.....

7. Zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „Dostępność do zdrowia” i akceptuję jego treść.

8. Powyższe dane podałam/em zgodnie z prawdą i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Podpis wnioskodawcy

Załączniki do wniosku: orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie o potrzebie stałego leczenia, kserokopia karty leczenia szpitalnego do roku wstecz (jeżeli dotyczy), **dokument potwierdzający dochód**, **faktury dokumentujące wydatki na leki** związane z jednostką chorobową, artykuły medyczne, środki opatrunkowe (do trzech miesięcy wstecz).

WNIOSKI NIEKOMPLETNE ORAZ BEZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE!

Ocena wniosku (wypełnia Komisja)

Wniosek został rozpatrzony:

- pozytywnie
- negatywnie

Komisja:

- przyznała kody na zakup leków i środków medycznych na kwotę PLN
(słownie: złotych)
- nie przyznała Kart/Kodów na zakup leków i środków medycznych

.....
Podpisy członków Komisji

**"Projekt został zrealizowany w ramach XIV edycji Projektu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!
organizowanego przez DOZ Fundację dbam o zdrowie.
Więcej na temat Projektu: dozfundacja.pl/projekt/granty".**

Obowiązek informacyjny dotyczący przetwarzania danych osobowych

W związku z uczestnictwem w projekcie „Dostępność do zdrowia” realizowanym w ramach XIV Edycji Konkursu Grantowego Razem Możemy Więcej! 2026 organizowanym przez DOZ Fundację dbam o zdrowie informujemy, że:

1. Zgodnie z art.13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE 2016: L119/1), dalej zwane RODO, informujemy, że **Administratorem danych osobowych udostępnionych przez Panią/Pana w związku z realizacją projektu „Dostępność do zdrowia” jest Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” z siedzibą 32-840 Zakliczyn, ul. Spokojna 1.**
2. Administrator przetwarza dane osobowe w celu z realizacji projektu „Dostępność do zdrowia”. Podstawą prawną jest art. 6 ust.1 lit c i f RODO.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu realizacji projektu.
4. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres trwania projektu, a po jego zakończeniu przez czas wynikający z wymagań prawnych nakładanych na Administratora lub do czasu przedawnienia wzajemnych roszczeń, a także na okres który jest niezbędny do obrony interesów Administratora. Dane osobowe przetwarzane będą za zgodą także w przyszłości dla celów prowadzonej przez Administratora działalności statutowej.
5. Pozyskane dane mogą być udostępnione DOZ Fundacji dbam o zdrowie, będącej darczyńcą, której uprawnienie do dostępu do danych osobowych wynika z zawartej umowy na realizację wspólnego Projektu Charytatywnego „Dostępność do zdrowia”.
6. Pozyskane dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie oraz uprawnionym organom (np. policja, prokuratura, sąd) w ramach prowadzonych przez nich postępowań, a także urzędów, darczyńcom, grantodawcom oraz innym instytucjom, których uprawnienie do dostępu danych osobowych wynika z zawartej ze Stowarzyszeniem „Bez Barier” umowy ma realizację zadań statutowych.
7. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty dostarczające i wspierające systemy informatyczne stosowane przez Administratora. Na mocy stosownych umów powierzenia danych, przetwarzania danych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych.
8. Każdej osobie, której dane są przetwarzane w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. W trakcie przetwarzania danych na potrzeby realizacji projektu nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania, o których mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO. Oznacza to, że żadne decyzje dotyczące przyznawania wsparcia nie zapadają automatycznie oraz że nie buduje się profili kandydatów.

Klauzula zgody

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego wizerunku przez Administratora – Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” w celu realizacji projektu „Dostępność do zdrowia” realizowanego w ramach XIV Edycji Konkursu Grantowego Razem Możemy Więcej! 2026 organizowanego przez DOZ Fundację dbam o zdrowie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” z siedzibą 32-840 Zakliczyn, ul. Spokojna 1, aktualnie i w przyszłości, moich danych osobowych zawartych w administrowanym przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” zbiorze danych osobowych dla celów prowadzonej przez nie działalności statutowej.

Jednocześnie potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługujących mi prawach, a w szczególności o możliwości wglądu do moich danych osobowych, możliwości ich modyfikowania i usuwania, a także o adresie siedziby i pełnej nazwie Stowarzyszenia „Bez Barier” oraz o celu zbierania danych.

Wyrażam zgodę na publikację zdjęć z moim wizerunkiem przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” w celach promocji i informowania o projekcie „Dostępność do zdrowia”.

Data i podpis:

**„Projekt został zrealizowany w ramach XIV edycji Projektu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!
organizowanego przez DOZ Fundację dbam o zdrowie.
Więcej na temat Projektu: dozfundacja.pl/projekt/granty”.**

Regulamin projektu „DOSTĘPNOŚĆ DO ZDROWIA”

realizowanego w ramach Konkursu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ! 2026

– Edycja XIV organizowanego przez DOZ Fundację dbam o zdrowie

1. Realizatorzy projektu:

Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” oraz DOZ Fundacja dbam o zdrowie.

2. Cel projektu:

Niwelowanie barier w dostępie do leków i środków medycznych koniecznych do **rozpoczęcia lub kontynuowania terapii chorób ciężkich lub przewlekłych.**

3. Budżet projektu:

66 000,00 zł, z czego DOZ Fundacja dbam o zdrowie: 22 000,00 zł, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier”: 44 000,00 zł.

4. Liczba osób objętych projektem:

łącznie 100 osób z terenu powiatu tarnowskiego oraz miasta Tarnowa, w tym Podopiecznych SPON „Bez Barier”. Przez Podopiecznego rozumie się osobę posiadającą w SPON „Bez Barier” subkonto KRS.

5. Okres realizacji projektu:

01.06.2026 – 31.03.2027

6. Sposób realizacji celu:

Pomoc finansowa w postaci przedpłaconych kodów Razem Możemy Więcej! na zakup leków i wyrobów medycznych.

7. Sposób przyznawania przedpłaconych kodów Razem Możemy Więcej:

- a) Wsparcie w formie przedpłaconych kodów Razem Możemy Więcej! będzie przyznawane na podstawie komisyjnej oceny informacji przedstawionych przez osobę składającą wniosek.
- b) Ocenie podlegają następujące zmienne:
 - 1) Stan zdrowia osoby składającej wniosek: choroba ciężka lub/i przewlekła, stan po wypadku;
 - 2) Niepełnosprawność: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne: orzeczenie ZUS, orzeczenie KRUS
 - 3) Rodzic samotnie wychowujący dziecko/dzieci
 - 4) Przewlekła choroba dziecka/dzieci
 - 5) Sytuacja materialna: dochód w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę, liczba osób w gospodarstwie domowym, bezrobocie z prawem lub bez prawa do zasiłku, renta, emerytura. W miesiącu składania wniosku dochód

w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę nie może przekroczyć kwoty 2180,95 PLN netto. W miesiącu składania wniosku dochód osoby składającej wniosek samodzielnie gospodarującej nie może przekroczyć kwoty 2676,50 PLN netto.

- 6) Kwota miesięcznych wydatków na leki w proporcji do miesięcznej kwoty budżetu domowego. W uzasadnionych przypadkach komisja może odstąpić od stosowania zapisów pkt. 7. b) 5) niniejszego regulaminu ze względu na szczególną sytuację ekonomiczną lub zdrowotną, w której znajduje się osoba składająca wniosek.
 - 7) Wiek osoby składającej wniosek;
 - 8) Informacje dodatkowe podane przez osobę składającą wniosek istotne przy podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania.
- c) Od decyzji Komisji nie przysługuje odwołanie.

8. Oceny wniosków dokonuje Komisja w składzie:

- a) Prezes SPON „Bez Barrier”,
- b) Przedstawiciel służby zdrowia – pielęgniarka środowiskowa,
- c) Wyznaczony członek SPON „Bez Barrier”.

9. Pomoc w ramach projektu nie przysługuje osobom przebywającym w szpitalach i innych instytucjach zapewniających całodobową opiekę i leczenie.

10. Wymagane dokumenty:

- a) Wniosek (dostępny w siedzibie SPON „Bez Barrier” oraz na www.bezbarier.org)
- b) Orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli osoba składająca wniosek posiada)
- c) Zaświadczenie lekarskie (np. od lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty, wypis ze szpitala)
- d) Dokument potwierdzający dochód osoby składającej wniosek oraz osób pozostających z nią we wspólnym gospodarstwie domowym
- e) Faktury imienne wystawione na osobę składającą wniosek, potwierdzające wydatki na leki i wyroby medyczne dotyczące przewlekłej i/lub ciężkiej jednostki chorobowej (datowane do trzech miesięcy wstecz)

11. Dokumenty, o których mowa w pkt. 10 należy złożyć w siedzibie Stowarzyszenia Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barrier”, 32-840 Zakliczyn, ul. Spokojna 1.

12. Jeżeli Beneficjent uzna, że nie będzie w stanie wykorzystać otrzymanego kodu w pełnej wysokości do dnia 31.03.2027, zobowiązany jest do niezwłocznego zwrotu niewykorzystanego świadczenia do biura Stowarzyszenia "Bez Barrier" najpóźniej do dnia 31.01.2027. Dochowanie wskazanego terminu umożliwi przekazanie niewykorzystanych środków innym osobom potrzebującym wsparcia.

„Projekt został zrealizowany w ramach XIV edycji Projektu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ! organizowanego przez DOZ Fundację dbam o zdrowie. Więcej na temat Projektu: dozfundacja.pl/projekt/granty”.