

**NUMER WNIOSKU: ...../2023**

**Wniosek o przyznanie dofinansowania na zakup leków/środków medycznych  
w ramach projektu „DOSTĘPNOŚĆ DO ZDROWIA”**

Zakliczyn, dn.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Wiek

.....  
Adres

.....  
Numer telefonu

.....  
PESEL

Zwracam się do Stowarzyszenia Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” z prośbą o dofinansowanie zakupu leków/środków medycznych.

1. Oświadczam, że:

a) Samotnie wychowuję dziecko/dzieci (imiona i nazwiska dzieci)

.....  
.....

b) Jestem osobą niepełnosprawną (stopień niepełnosprawności lub równoważny)

.....

c) Jestem rencistą/emerytem (w przypadku renty proszę podać na jaki okres jest ona przyznana)

.....

d) Jestem osobą przewlekle chorą (rodzaj schorzenia)

.....

.....

e) Mam dziecko przewlekle chore (rodzaj schorzenia)

.....

f) Uległam/em wypadkowi komunikacyjnemu (data i rodzaj uszczerbku na zdrowiu)

.....

g) Jestem osobą bezrobotną

- z prawem do zasiłku w wysokości: ..... zł
- bez prawa do zasiłku

2. Dochody w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę wynoszą miesięcznie

..... zł.

Gospodarstwo domowe składa się z ..... osób.

3. Średnia miesięczna wysokość wydatków na leki wynosi: ..... zł

4. Uwagi własne mające znaczenie przy ocenie wniosku:

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

5. Zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „DOSTĘPNOŚĆ DO ZDROWIA” i akceptuję jego treść.

.....  
Podpis wnioskodawcy

**Załączniki do wniosku:** zaświadczenie lekarskie o potrzebie stałego leczenia, kserokopia karty leczenia szpitalnego, orzeczenie o niepełnosprawności, dokument potwierdzający dochód, rachunki dokumentujące ponoszone wydatki na leki (w miesiącu).

---

**WNIOSKI NIEKOMPLETNE ORAZ BEZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE!**

---

**Ocena wniosku (wypełnia Komisja)**

Wniosek został rozpatrzony:

- pozytywnie
- negatywnie

Komisja:

- przyznała kartę/karty na zakup leków i środków medycznych na kwotę ..... zł  
(słownie: ..... złotych)
- nie przyznała karty/kart na zakup leków i środków medycznych

### Obowiązek informacyjny dotyczący przetwarzania danych osobowych

W związku z uczestnictwem w projekcie „Dostępność do zdrowia” realizowanego w ramach XI Edycji Konkursu Grantowego Razem Możemy Więcej! 2023 organizowanego 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 urzędom, 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 X Edycji Konkursu Grantowego Razem Możemy Więcej! 2022 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 „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