

.....
data wysłania wniosku
(rok-miesiąc-dzień)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PROSZĄCEJ O POMOC(OSOBA PEŁNOLETNIA)	
ULICA	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
NUMER TELEFONU	
ADRES E –MAIL	

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓREJ PROŚBA DOTYCZY	
ULICA	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
NUMER TELEFONU	
DATA URODZENIA	
SCHORZENIE	
ADRES E –MAIL	

**CZY KORZYSTALI JUŻ PAŃSTWO Z POMOCY FUNDACJI DLA
OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO ?**

TAK

NIE

PROSIMY O ZAZNACZENIE JAKIEJ POMOCY OCZEKUJĄ PAŃSTWO
OD FUNDACJI DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO

DOFINANSOWANIE DO REHABILITACJI

DOFINANSOWANIE DO OPERACJI

DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU LEKÓW

DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU SPRZĘTU

LIST DOKŁADNIE OKREŚLAJĄCY CZEGO DOTYCZY PROŚBA ORAZ OPIS
SYTUACJI RODZINY
(ZDROWOTNEJ I MATERIALNO -BYTOWEJ)

Formularz zgody na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych

Niniejszy kwestionariusz jest wypełniany w celu wyrażenia zgody na zbieranie i przetwarzanie Państwa danych osobowych w tworzonym zbiorze danych „FUNDACJI DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO” (w dalszym dokumencie: Fundacja), z siedzibą w 43-502 Czechowice-Dziedzice, ul. Nad Białką 1b, w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji.

Imię i nazwisko osoby proszącej o pomoc
(osoba pełnoletnia)

.....
Adres

.....

.....

FUNDACJA DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO
43-502 Czechowice-Dziedzice
ul. Nad Białką 1b

Informujemy, iż:

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest „FUNDACJI DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO”, ul. Nad Białką 1b, 43-502 Czechowice-Dziedzice. Kontakt z administratorem możliwy jest pod powyższym adresem pocztowym lub pod adresem e-mail: fdopl@op.pl

2) Państwa dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Fundację w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji, w tym:

1. Niesienie pomocy finansowej placówkom prowadzącym działalność na rzecz dzieci.
2. Niesienie pomocy prawnej osobom poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych, ofiarom przestępstw, ofiarom przemocy w rodzinie.
3. Opieka i edukacja osób niepełnosprawnych.
4. Prowadzenie bezpłatnej poradni prawnej dla osób poszkodowanych w wyniku przestępstw, wypadków komunikacyjnych, ofiarom przemocy w rodzinie.

Statut określający wszystkie cele i zasady działania fundacji dostępny jest na stronie www.e-fundacja.com.pl.

W każdej chwili mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawienia.

3) Gromadzone są jedynie dane osobowe podane przez Państwa dobrowolnie. Fundacja uprzejmie informuje, iż nie mają Państwo obowiązku podania swoich danych osobowych, jednakże odmowa ich podania może uniemożliwić wykonanie wobec Państwa statutowych obowiązków Fundacji.

4) Zgromadzone dane podlegają starannej ochronie, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zgromadzone dane osobowe Fundacja może udostępnić wyłącznie w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji poprzez promocję Fundacji w ramach zbiórki publicznej środków finansowych. Administrator danych osobowych dokłada wszelkich starań, aby przechowywanym danym zapewnić właściwy stopień bezpieczeństwa.

Oświadczenie

Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o celach pozyskania moich danych osobowych i wyrażam dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w Ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) przez „Fundację, w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań przedmiotowej „FUNDACJI DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO” 43-502 Czechowice-Dziedzice ul. Nad Białką 1b.

.....
/data, czytelny podpis/

* Podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem pomocy finansowej ze strony Fundacji DOPL. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie Państwa próśb obecnie i w przyszłości.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Ulica, numer domu

.....
Kod pocztowy, miejscowość

FUNDACJA DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO
43-502 Czechowice-Dziedzice
ul. Nad Białką 1b

Oświadczenie

Ja,.....
zamieszkały/a.....
urodzony/a, starając się o uzyskanie pomocy w „FUNDACJI DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO”, wyrażam zgodę na weryfikację mojej sytuacji rodzinnej, finansowej, zdrowotnej w MOPS/ GOPS/ MOPR lub w innej instytucji mogącej potwierdzić informacje podane przeze mnie we wniosku.

Do oświadczenia załączam dane placówki MOPS/GOPS/MOPR/inne*:

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

.....
(podpis podopiecznego lub opiekuna prawnego)
*osoby, które nie korzystają z pomocy ośrodka, również zobowiązane są do uzupełnienia danych placówki, znajdującej się w ich rejonie zamieszkania

DANE ADRESOWE:

(IMIE, NAZWISKO / NAZWA; ADRES: ULICA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ;
NUMER TELEFONU)

LEKARZ SPECJALISTA	
LEKARZ SPECJALISTA	
LEKARZ SPECJALISTA	
SKLEP MEDYCZNY / REHABILITACYJNY	
APTEKA	
OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ	

OŚWIADCZENIE APTEKI

Nazwa i adres apteki

Telefon kontaktowy

Imię i nazwisko podopiecznego Fundacji DOPL.....

Ja niżej podpisany(a), reprezentując aptekę

.....

(nazwa, adres) oświadczam, że wyrażam zgodę na współpracę, na poniższych zasadach, z Fundacją Dla Osób Pokrzywdzonych Losowo w zakresie sprzedaży leków, środków opatrunkowych i sprzętu medycznego podopiecznemu Fundacji.

Zasady współpracy:

- przy zakupie leków, środków opatrunkowych i sprzętu medycznego, na podstawie okazanej w aptece umowy darowizny, zawartej pomiędzy Fundacją DOPL a podopiecznym, apteka wystawia fakturę VAT lub fakturę pro forma,
- nabywcą i odbiorcą na fakturze jest podopieczny Fundacji, a płatnikiem jest Fundacja DOPL. Apteka przesyła kopię faktury na adres „FUNDACJA DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO” 43-502 Czechowice-Dziedzice, ul. Nad Białką 1b,
- kwota wynikająca z faktury powinna być większa niż 200 zł, w takim przypadku Fundacja DOPL dokonuje przelewu w ciągu 7 dni od otrzymania kopii faktury,
- w przypadku otrzymania faktury na kwotę mniejszą niż 200 zł, Fundacja DOPL dokonuje przelewu w ciągu 21 dni od otrzymania kopii faktury,
- Fundacja DOPL pokrywa należności wynikające z wystawionej faktury wyłącznie do kwoty umowy darowizny zawartej z podopiecznym.

Współpraca oparta na zasadach opisanych powyżej zaczyna obowiązywać tylko i wyłącznie w razie zawarcia umowy darowizny pomiędzy Fundacją DOPL i podopiecznym. Apteka powinna przed wystawieniem faktury poprosić o okazanie dokumentu potwierdzającego przyznanie dofinansowania z Fundacji DOPL jak również kontrolować wydatkowanie przyznanych w późniejszej umowie środków.

Fundacja DOPL nie ponosi odpowiedzialności za przypadki, w których osoba powołująca się na podpisaną umowę z Fundacją DOPL przekroczyła limit przyznanych jej środków lub w ogóle darowizny nie otrzymała, a apteka wydała jej leki przed terminem, w którym Fundacja DOPL powinna uregulować płatności.

Niniejsze porozumienie zawierane jest przez jednego podopiecznego wyłącznie z jedną apteką, której dane wpisane zostaną do umowy darowizny.

.....

miejsowość, data, pieczęć apteki

.....

podpis przedstawiciela

OŚWIADCZENIE SKLEPU MEDYCZNEGO

Nazwa i adres sklepu medycznego.....

Telefon kontaktowy

Imię i nazwisko podopiecznego Fundacji dla Osób Pokrzywdzonych Losowo.

.....
Ja niżej podpisany(a), reprezentując sklep med.

.....

.....
(nazwa, adres) oświadczam, że wyrażam zgodę na współpracę, na poniższych zasadach, z Fundacją DOPL w zakresie sprzedaży sprzętu medycznego podopiecznemu Fundacji.

Zasady współpracy:

-przy zakupie sprzętu medycznego, na podstawie okazanej w sklepie medycznym umowy darowizny, zawartej pomiędzy Fundacją DOPL a podopiecznym, sklep wystawia fakturę VAT lub fakturę pro forma,

-nabywcą i odbiorcą na fakturze jest podopieczny Fundacji DOPL, a płatnikiem jest Fundacja DOPL,

-Sklep przesyła kopię faktury na adres „FUNDACJA DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO” 43-502 Czechowice-Dziedzice, ul. Nad Białką 1b,

-kwota wynikająca z faktury powinna być większa niż 200 zł, w takim przypadku Fundacja DOPL dokonuje przelewu w ciągu 7 dni od otrzymania kopii faktury,

-w przypadku otrzymania faktury na kwotę mniejszą niż 200 zł, Fundacja DOPL dokonuje przelewu w ciągu 21 dni od otrzymania kopii faktury,

-Fundacja DOPL pokrywa należności wynikające z wystawionej faktury wyłącznie do kwoty umowy darowizny zawartej z podopiecznym.

Współpraca oparta na zasadach opisanych powyżej zaczyna obowiązywać tylko i wyłącznie w razie zawarcia umowy darowizny pomiędzy Fundacją DOPL a podopiecznym.

Sklep powinien przed wystawieniem faktury poprosić o okazanie dokumentu potwierdzającego przyznanie dofinansowania z Fundacji DOPL, jak również kontrolować wydatkowanie przyznaných w późniejszej umowie środków. Fundacja DOPL nie ponosi odpowiedzialności za przypadki w których osoba powołująca się na podpisaną umowę z Fundacją DOPL przekroczyła limit przyznaných jej środków lub w ogóle darowizny nie otrzymała, a sklep wydał jej sprzęt medyczny przed terminem, w którym Fundacja powinna uregulować płatności.

Niniejsze porozumienie zawierane jest przez jednego podopiecznego wyłącznie z jednym sklepem medycznym, którego dane wpisane zostaną do umowy darowizny.

.....
miejsowość, data, pieczęć sklepu

.....
podpis przedstawiciela

DOKUMENTY POTRZEBNE DO ROZPATRZENIA PROŚBY

1. Prośba o dofinansowanie zakupu leków

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i koszty leczenia,
- faktura z apteki może być potwierdzeniem kosztów leczenia tylko i wyłącznie po potwierdzeniu przez lekarza podpisem i pieczętą,
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu),
- oświadczenie apteki,
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności,
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o nie pobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną),
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie pozostające w gospodarstwie domowym.

2. Prośba o dofinansowanie rehabilitacji

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę oraz konieczność rehabilitacji,
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu),
- kosztorys rehabilitacji,
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności,
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o nie pobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną),
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie pozostające w gospodarstwie domowym.

UWAGA!

Jeśli podaliście Państwo w Formularzu Zgłoszeniowym swój adres e-mail, decyzja Zarządu Fundacji DOPL dotycząca dofinansowania do rehabilitacji zostanie wysłana drogą elektroniczną

3. Prośba o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę,
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu),
- faktura pro forma wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie,
- zaświadczenia potwierdzające przyznanie, bądź odmowę przyznania dofinansowania,
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności,
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o nie pobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną),
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie pozostające w gospodarstwie domowym.

4. Prośba o dofinansowanie operacji

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i konieczność przeprowadzenia zabiegu,
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu),
- faktura pro forma wystawiona na Fundację
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności,
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o nie pobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną),
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie pozostające w gospodarstwie domowym.