

ZGŁOSZENIE

ZOSTAŃ PODOPIECZNYM FUNDACJI "OPIEKUN CHOREGO"

Program

Dane	Opiekuna/-ów	Chorego
Imię i nazwisko		
Pokrewieństwo		
Adres zameldowania		
Adres korespondencyjny		
Województwo		
Telefon		
Adres e-mail		
Nr dowodu osobistego oraz PESEL		
Liczba osób w rodzinie		
Dochód miesięczny na 1 osobę w rodzinie (brutto)		

Załączniki:

1. Oryginalne ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE opisujące schorzenie Chorego w języku polskim. Może być ono wystawione zarówno przez lekarza specjalistę, jak i lekarza pierwszego kontaktu.
WAŻNE! Przyjmujemy tylko oryginały zaświadczeń lekarskich lub kserokopie poświadczone przez lekarza za zgodność z oryginałem.
2. Jeżeli Chory posiada ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOSCI należy przesać nam kopię tego dokumentu.
3. Zaświadczenie o zarobkach brutto poświadczone urzędowo (Zakład pracy, MOPS lub inne wiarygodne instytucje) albo wypełnione własnoręcznie i podpisane oświadczenie DOCHODY.
4. ZGODA na wykorzystanie i publikację wizerunku Opiekuna i Chorego.
5. OŚWIADCZENIE o zapoznaniu się z Polityką Ochrony Danych Osobowych Fundacji "Opiekun Chorego".
6. POROZUMIENIE z Fundacją.

DOCHODY

.....
(imię i nazwisko Opiekuna/Chorego)

.....
(miejscowość, data)

Oświadczam, że średni miesięczny dochód na jedną osobę w mojej rodzinie wynosi:

..... brutto (słownie:.....).

Moja sytuacja materialna nie pozwala na samodzielną realizację działań objętych programami Fundacji.

.....
.....
FUNDACJA

(czytelny podpis Opiekuna i/lub Chorego)

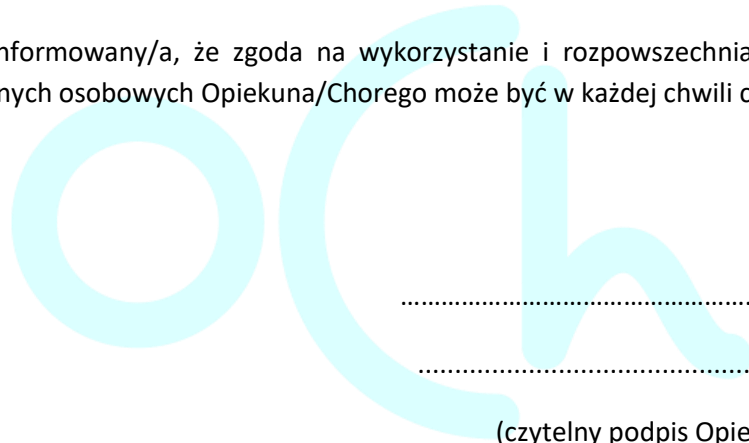
ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

.....

(miejscowość, data)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (zaznacz właściwe) na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Fundację "Opiekun Chorego" wizerunku Podopiecznego, w całości i we fragmentach, przedstawionego na zdjęciach przekazanych Fundacji, a także danych osobowych Opiekuna/Chorego, obejmujących imię, nazwę schorzenia, miejsce zamieszkania, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach na stronach internetowych Fundacji, dla celów informacyjnych działań Fundacji oraz realizacji POROZUMIENIA.

Zostałem/łam poinformowany/a, że zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz danych osobowych Opiekuna/Chorego może być w każdej chwili cofnięta.



.....
.....

(czytelny podpis Opiekuna i/lub Chorego)

FUNDACJA

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) informuję, że:

Administratorem danych osobowych jest Fundacja „Opiekun Chorego” z siedzibą pod adresem ul. Polna 8, 13-230 Lidzbark, tel.: + 48 795 740145, e-mail: biuro@ochfundacja.pl

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać pozyskane bezpośrednio od Pani/Pana.

Dane osobowe mogą być przetwarzane na podstawie art. 5, ustęp 1. wymienionego Rozporządzenia – dane osobowe muszą być przechowywane w formie umożliwiającej identyfikację osoby, której dane dotyczą, przez okres nie dłuższy, niż jest to niezbędne do celów, w których dane te są przetwarzane; dane osobowe można przechowywać przez okres dłuższy, o ile będą one przetwarzane wyłącznie do celów archiwalnych w interesie publicznym, do celów badań naukowych lub historycznych lub do celów statystycznych na mocy art. 89 ust. 1, z zastrzeżeniem że wdrożone zostaną odpowiednie środki techniczne i organizacyjne wymagane na mocy niniejszego rozporządzenia w celu ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą („ograniczenie przechowywania”) oraz art. 6 ust. 1 lit., c tegoż Rozporządzenia w celu zadań statutowych Fundacji „Opiekun Chorego”.

Przechowywane będą Pani/Pana dane osobowe udostępnione w ramach udzielonej zgody na przetwarzanie danych oraz dane wymagane do prowadzenia działań w ramach realizacji projektów zgodnie z wymaganiami projektodawców (nie dłużej niż 10 lat) lub do momentu wycofania zgody.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie zgodne z prawem i rzetelne. Fundacja podejmie wszelkie kroki, by Pani/Pana dane osobowe były adekwatne, stosowne i ograniczone do tego, co niezbędne do celów, dla których są one przetwarzane. Ponadto Fundacja wprowadza twardy wymóg pseudonimizacji danych osobowych w każdej sytuacji, w której bezpośrednia identyfikacja (użytkownika, pracownika, konsumenta) nie jest konieczna.

Przysługuje Pani/Panu: prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W przypadku usunięcia jest to jednoznaczne z zerwaniem POROZUMIENIA.

Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych) gdy nastąpi podejrzenie, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest koniecznym warunkiem przyznania darowizny. Konsekwencją braku podania tych danych jest brak możliwości objęcia Pani/Pana wsparciem finansowym Fundacji.

Klauzula zgody – przetwarzanie danych osobowych wrażliwych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację "Opiekun Chorego" danych osobowych zawartych w dostarczonej przeze mnie dokumentacji medycznej.

.....

.....

(czytelny podpis Opiekuna i/lub Chorego)

POROZUMIENIE

zawarte dnia (data podpisania Porozumienia) w Lidzbarku pomiędzy:

Fundacją "Opiekun Chorego" z siedzibą w Lidzbarku, przy ulicy Polnej 8, wpisaną do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Olsztynie Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000750809, NIP 5711718728, reprezentowaną przez: Paulinę Sekitę Prezesa Zarządu zwanego dalej „Fundacją”,

a

..... (imię i nazwisko), zwanym dalej „Opiekunem”

zamieszkałym/ą:

.....,

kod pocztowy miejscowość ulica nr domu/mieszkania

legitymującym się dowodem osobistym:, (seria i numer)

działającym w imieniu:

..... (imię i nazwisko), zwanego dalej „Chorym”

zamieszkałego/j:

.....,

(kod pocztowy miejscowość ulica nr domu/mieszkania)

legitymującą się dowodem osobistym: (seria i numer)

§1

Fundacja umożliwia Opiekunowi i Choremu nieodpłatne uczestnictwo i korzystanie z zasobów Fundacji w ramach realizacji programu (nazwa programu).

§2

Fundacja będzie udostępniała informację możliwości uczestnictwa w programach Fundacji za pomocą korespondencji mailowej lub telefonicznie.

§3

1. Opiekuni/Chory jest zobowiązany do złożenia oświadczenia, że Jego sytuacja materialna nie pozwala na samodzielną realizację działań objętych programami Fundacji. Opiekun/Chory jest zobowiązany informować Fundację na piśmie, jeżeli Jego sytuacja finansowa ulegnie poprawie.
2. Opiekun/Chory jest zobowiązany informować Fundację o zmianach stanu Jego/Podopiecznego zdrowia.
3. Zawierając niniejsze POROZUMIENIE, Opiekun/ Chory wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Fundację w celu realizacji działań Fundacji, zgodnie z aktualnymi przepisami prawa - Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000)

§4

1. POROZUMIENIE zostało zawarte na czas nieokreślony do momentu zakończenia działań objętych programem Fundacji. Każda ze Stron może wypowiedzieć POROZUMIENIE z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Każda ze Stron może wypowiedzieć POROZUMIENIE ze skutkiem natychmiastowym w przypadku niewywiązywania się przez drugą Stronę ze zobowiązań wynikających z POROZUMIENIA.

§5

POROZUMIENIE zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron. Wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

FUNDACJA

.....

(Prezes Zarządu Fundacji)

.....

.....

(czytelny podpis Opiekuna i/lub Chorego)