*****Aktywizując dzieci i młodzież do działania,*

*pomagamy osobom* *najbardziej potrzebującym wsparcia*

**Data złożenia wniosku: ……………………….**

**Wniosek o wsparcie z Funduszu Pomocowego Fundacji ,,Wygrajmy Siebie”**

**I. DANE OSOBOWE I ZDROWOTNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE KANDYDATA NA PODOPIECZNEGO** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Numer PESEL** |  |
| **Pełny adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym** |  |
| **Imiona rodziców** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY**  **(Proszę wypełnić tylko, jeśli Wnioskodawca jest inną osobą niż kandydat na Podopiecznego)** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Numer PESEL** |  |
| **Pełny adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ KOMITET WSPARCIA** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Numer PESEL** |  |
| **Pełny adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**Fundacja „Wygrajmy Siebie”** NIP: 6793082319 REGON: 122578782 KRS: 0000420987

|  |
| --- |
| **Proszę opisać aktualną sytuację zdrowotną ewentualnego Podopiecznego oraz aktualne informacje dotyczące choroby i procesu leczenia (np. problemy, ważne daty, terminy operacji):** |

|  |
| --- |
| **Proszę opisać, jakiej pomocy oczekują Państwo od Fundacji (prosimy uwzględnić konkretne aktualne potrzeby operacji, zakupu leków, rehabilitacji, dofinansowania zakupu sprzętu itp., a także przewidywany okres leczenia/rehabilitacji, ewentualne terminy operacji czy zabiegów):** |

**Jakiej wysokości środki powinny zostać zebrane w ramach pomocy i do kiedy? Proszę uwzględnić terminy zapłaty za operacje, rehabilitacje, leki itp.:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

**Czy jakaś inna formalna organizacja (fundacja, stowarzyszenie, firma) pomaga już kandydatowi na Podopiecznego?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | **NIE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa organizacji pomagającej kandydatowi na Podopiecznego:** |  |
| **Numer telefonu osoby kontaktowej z organizacji:** |  |
| **E-mail osoby kontaktowej z organizacji:** |  |

**Czy powstał lub nadal funkcjonuje komitet mający na celu koordynowanie pomocy osobie potrzebującej? Jeśli tak, proszę opisać aktualne działania i krótki aktualny plan organizowanych wydarzeń i akcji:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Czy odbywały się już (lub są planowane) działania związane z mediami? Jakie i z jakimi?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. DANE SPOŁECZNE I RODZINNE**

**Czy kandydat na Podopiecznego jest pod stałą opieką** *(proszę zaznaczyć X wszystkie aktualne informacje)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lekarz rodzinny**  Nazwa, adres: |  |
|  | **Lekarz specjalista**  Nazwa, adres: |  |
|  | **Rehabilitant**  Nazwa, adres: |  |
|  | **Psycholog**  Nazwa, adres: |  |
|  | **Inni specjaliści**  Nazwa, adres: |  |
|  | Nie ma stałej opieki, wizyty są przypadkowe | |

**Kto jest „lekarzem prowadzącym” koordynującym całość leczenia i/lub rehabilitacji** *(proszę zaznaczyć X wszystkie aktualne informacje)***? Proszę podać dokładne dane:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nasz lekarz rodzinny** |  |
|  | **Lekarz specjalista z poradni/szpitala** |  |
|  | Nie ma stałego lekarza koordynującego, wizyty są przypadkowe | |

**Jaką pomoc otrzymuje kandydat na Podopiecznego z NFZ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Czy leczenie i opieka dostarczana przez NFZ jest:**

|  |  |
| --- | --- |
| **W pełni wystarczająca** |  |
| **Wystarczająca tylko niekiedy** |  |
| **Całkowity brak opieki NFZ** |  |

**Czy leczenia kandydata na Podopiecznego jest wspomagana środkami prywatnymi:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nie wymaga wspomagania** |  |
| **Wymaga w małym stopniu** |  |
| **Wymaga w dużym stopniu** |  |
| **Całkowicie zależy od środków prywatnych** |  |

**Jaka jest sytuacja rodzinna kandydata na Podopiecznego:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Posiada pełną rodzinę** |  |
| **Nie posiada pełnej rodziny** |  |
| **Nie posiada rodziny** |  |

**Czy kandydat na Podopiecznego i członkowie rodziny mają pracę i na jakich warunkach (czy jest to praca stała, dorywcza)?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Jaka jest sytuacja socjalna kandydata na Podopiecznego i jego rodziny? Prosimy opisać kwestie takie, jak sytuacja lokalowa (mieszkanie, dom; lokal własnościowy czy nie?), pobierane świadczenia socjalne (renty, emerytury, zapomogi) – i problemy związane z aktualną sytuacją:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Proszę podać, ile osób wchodzi w skład gospodarstwa domowego?** ……………………………………………

**Jakie są miesięczne dochody na członka gospodarstwa domowego (kwoty netto)?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mniej niż 1000 zł** |  |
| **Pomiędzy 1000 a 1500 zł** |  |
| **Pomiędzy 1500 a 2500 zł** |  |
| **Powyżej 2500 zł** |  |

**Jaka jest kwota potrzebna na leczenie/rehabilitację/zabiegi/operacje w skali roku?** ………………………..

**Dodatkowe informacje od Wnioskodawcy:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż podane we wniosku informacje oraz dołączone do wniosku dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/my poświadczenia nieprawdy oraz konsekwencji prawnych wynikających z tego faktu. Informacje powyższe, jak i wymaganą dokumentację, składam dobrowolnie, będąc świadomą/mym, iż tym samym godzę się na rozpoczęcie przez Fundację „Wygrajmy Siebie” procedury prowadzącej do ewentualnego przyjęcia mnie/mojego dziecka/mojego ustawowego podopiecznego w grono osób korzystających ze wsparcia Funduszu Pomocowego Fundacji. Oświadczam także, iż zapoznałam/em się z Regulaminem Funduszu Pomocowego Fundacji oraz Polityką prywatności Fundacji „Wygrajmy Siebie” i akceptuję ich treść.

………………………………………………………… ……………………………………………………

**Miejscowość, data Czytelny podpis Wnioskodawcy**

……………………………………………

Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Ja, ………………………………………………………………… (imię i nazwisko Wnioskodawcy), zamieszkała/y…………………………………………………………………………………………… (pełny adres), urodzona/y ………………………………………………… (data urodzenia), starając się o wsparcie z Funduszu Pomocowego Fundacji „Wygrajmy Siebie”, wyrażam zgodę na weryfikację mojej sytuacji rodzinnej, finansowej, zdrowotnej w MOPS/GOPS/MOPR lub w innej instytucji, która może potwierdzić informacje podane przeze mnie we wniosku, jeśli zajdzie taka potrzeba i zostanie ona wyrażona ze strony przedstawiciela Fundacji „Wygrajmy Siebie”.

Do oświadczenia załączam dane odpowiedniego MOPS/GOPS/MOPR/innej instytucji, znajdujących się w moim rejonie zamieszkania:

………………………………………………………..

………………………………………………………..

………………………………………………………..

………………………………………………………..

………………………………………………………..

………………………………………………………..

……………………………………………………

**Czytelny podpis Wnioskodawcy**

**Do wniosku prosimy dołączyć dostępne spośród dokumentów:**

- Kserokopie kart informacyjnych ze szpitala z ostatniego okresu; kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzającej przebieg choroby i aktualną sytuację zdrowotną kandydata na Podopiecznego;

- Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności;

- Kserokopie zaświadczeń lekarskich, np. potwierdzających chorobę, konieczność rehabilitacji itp.;

- Kserokopie zasadnych dokumentów finansowych: zaświadczenie o zarobkach, rencie, emeryturze, alimentach, zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, decyzje o zasiłkach chorobowych/społecznych lub zaświadczenie o ich niepobieraniu, deklaracja PIT z ostatniego roku rozliczeniowego;

- **Formularze zgody na przetwarzanie danych osobowych, podpisane przez kandydata na Podopiecznego (jeśli jest osobą pełnoletnią; jeśli nie, w jego imieniu formularz podpisuje Rodzic/Opiekun prawny), każdą z pełnoletnich osób wskazanych we wniosku (Rodzice, Osoba reprezentująca Komitet Wsparcia)**

**UWAGA! NIEDOŁĄCZENIE DO WNIOSKU WYMAGANYCH DOKUMENTÓW SKUTKUJE NIEMOŻLIWOŚCIĄ ROZPATRZENIA WNIOSKU**

**FORMULARZ ZGODY NA ZBIERANIE I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Niniejszy formularz stanowi dokument przeznaczony do wypełnienia w celu wyrażenia zgody na zbieranie i przetwarzanie Państwa danych osobowych na potrzeby podjęcia współpracy z Fundacją „Wygrajmy Siebie”, która to współpraca zawiązuje się poprzez złożenie aplikacji do grona Podopiecznych Funduszu Pomocowego i poddanie wniosku dalszej procedurze oraz – jeśli stanie się to zasadne – podpisanie umowy w ramach Funduszu. Formularz stanowi także dokument zgody wyrażanej w momencie chęci kontynuowania współpracy z Fundacją.

Fundacja „Wygrajmy Siebie”, ul. Heleny 10/148, 30-838 Kraków, KRS: 0000420987, informuje:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Fundacja „Wygrajmy Siebie” z siedzibą w Krakowie, ul. Heleny 10/148, 30-838 Kraków. Kontakt z administratorem możliwy jest pod wskazanym adresem pocztowym lub pod adresem e-mail: [wygrajmysiebie@gmail.com](mailto:wygrajmysiebie@gmail.com).
2. Państwa dane osobowe zbierane są i przetwarzane przez Fundację w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji, a szczególnie:

- udzielania pomocy dzieciom i młodzieży będącej w trudnej sytuacji życiowej;

- opieki nad osobami niepełnosprawnymi;

- pomocy finansowej i rzeczowej;

- zakupu żywności, środków higieny i innych artykułów do realizacji potrzeb życia codziennego.

1. **Państwa dane osobowe podane we wniosku o wsparcie z Funduszu Pomocowego zbierane są i przetwarzane w celu uruchomienia procedury weryfikacji wniosku i wydania decyzji o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do grona Podopiecznych Funduszu, a w przypadku, gdy podpisana zostanie umowa w ramach Funduszu – w celu prowadzenia kampanii na rzecz Podopiecznego. W przypadku rozpoczęcia kampanii w ramach Funduszu umowa między Państwem i Fundacją będzie zawierała zapis o Państwa zgodzie na umieszczanie w folderach, materiałach promocyjnych, stronach internetowych czy portalach społecznościowych zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek Podopiecznego oraz Państwa.**

**W trosce o nieposzerzanie objętości niniejszego wniosku i przejrzystość jego treści szczegółowe informacje dotyczące celów przetwarzania danych osobowych i jego podstaw prawnych w Państwa przypadku reguluje punkt VI.2. Polityki prywatności Fundacji „Wygrajmy Siebie”.**

1. Państwa dane osobowe zbierane i przetwarzane będą przy zachowaniu zasad określonych w obowiązującym prawie, szczególnie zaś na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), a także na zasadach opisanych w Polityce prywatności Fundacji „Wygrajmy Siebie”.
2. Mają Państwo zagwarantowane prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania przez cały czas ich zbierania i przetwarzania – szczegółowe informacje znajdują się w Polityce prywatności Fundacji „Wygrajmy Siebie”.
3. Fundacja gromadzi jedynie dane osobowe dobrowolnie przekazane przez Państwa we wniosku i informuje, że nie mają Państwo obowiązku ich podania; odmowa podania danych osobowych może jednak uniemożliwić wykonywanie przez Fundację działań statutowych związanych ze współpracą z Państwem.

Informujemy, iż Państwa dane osobowe są przetwarzane w okresie trwania procedury weryfikacji wniosku oraz przez okres trwania umowy podpisanej w ramach korzystania ze wsparcia Funduszu Pomocowego. Następnie Państwa dane będą przechowywane wyłącznie do celów archiwalnych.

Informujemy, iż w razie odrzucenia Państwa wniosku Państwa dane osobowe zostaną usunięte z zasobów Fundacji „Wygrajmy Siebie”, a złożony wniosek wraz z dołączonymi dokumentami zostanie całkowicie zniszczony w terminie 7 dni od daty wydania decyzji odmownej przez Fundację, chyba że w tym samym terminie wyrażą Państwo prośbę o zwrot złożonych dokumentów; w takim wypadku zostaną one zwrócone z odpowiednią adnotacją o odrzuceniu wniosku w ciągu 7 dni od daty zgłoszenia takiej prośby.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/ny o celach pozyskania moich danych osobowych i wyrażam dobrowolną zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Fundację „Wygrajmy Siebie” (siedziba: ul. Heleny 10/148, 30-838 Kraków) moich danych osobowych na zasadach określonych w prawie i Polityce prywatności Fundacji w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji, szczególnie w celach prowadzonych w ramach Funduszu Pomocowego.

……………………………………… ………………………………………

Miejscowość, data Podpis kandydata na Podopiecznego

(lub Rodzica/Opiekuna prawnego)

………………………………………

Podpisy Rodziców

………………………………………

Podpis Osoby

reprezentującej Komitet Wsparcia