

.....
Miejscowość, Data

Imię i Nazwisko

Adres

.....

Telefon

E-mail

Zarząd Fundacji „Życ z chorobą Parkinsona”
im. Jerzego Łukasiewicza
ul. Czerska 18, lok. 243
00-732 Warszawa

Wniosek

**o przyznanie KARTY na zakup leków
i artykułów medycznych z Projektu:
„RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ”**

Uzasadnienie:

Rok rozpoznania choroby Parkinsona / zespołu parkinsonowskiego:

Choroby współistniejące: (proszę wymienić jakie?)

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

Stan zdrowia obecny:

(podkreśl odpowiedni):

- a) zły
- b) średni
- c) dobry

Sprawność ruchowa:

(podkreśl odpowiedni):

- a) chory leżący
- b) trudność w poruszaniu się
- c) dobra

Stopień

niepełnosprawności:

(podkreśl odpowiedni)

- a) znaczny
- b) umiarkowany
- c) lekki.

Stan cywilny wnioskującego:

Liczba osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego:

Wysokość miesięcznych dochodów gospodarstwa domowego netto: (w przypadku małżeństwa prosimy o podanie dochodów małżonki / małżonka)

.....
.....

Dodatkowe informacje: (opis)

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

Oświadczenie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze złożonym wnioskiem o przyznanie wsparcia oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych (w tym rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona” im. Jerzego Łukasiewicza, ul. Czerska 18, lok. 243, 00-732 Warszawa;
- 2) powyższe dane osobowe są potrzebne wyłącznie dla realizacji celów statutowych Fundacji, w szczególności przyznania wsparcia;
- 3) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania;
- 4) podanie powyższych danych osobowych jest całkowicie dobrowolne, przy czym niezbędne do przyznania wsparcia.

Podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

.....

Załączniki:

- zaświadczenie lekarskie (lub jego kopia) stwierdzające chorobę Parkinsona lub zespół parkinsonowski;
- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, jeśli chory je posiada.
- dokument potwierdzający wysokość dochodów: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków;
-
- ...