**Wniosek o przyjęcie Podopiecznego do FUNDACJI NU-MED**

……………………………………………..

(miejscowość, data)

**1.Dane kandydata**

Imię (imiona) i nazwisko Wnioskodawcy . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Data urodzenia . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . PESEL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dokument tożsamości: Seria . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Numer . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**2. Rodzice/Opiekunowie (w przypadku osoby nieletniej lub ubezwłasnowolnionej)**

Imię (imiona) i nazwisko Matki/Opiekuna . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dokument tożsamości: Seria . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Numer . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Imię (imiona) i nazwisko Ojca/Opiekuna . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dokument tożsamości: Seria . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Numer . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**3. Adres zamieszkania** Ulica/wieś . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Nr domu . . . . . . . . . Nr lokalu . . . . .

Kod pocztowy . . . . . . . . . . . . . . . . . Miejscowość . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Województwo . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefon . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**4. Zwracam si**ę **z pro**ś**ba o przyjęcie mnie w poczet podopiecznych Fundacji NU-MED.**

**Oświadczam, że spełniam następujące kryteria:**

1. ukończone 18 lat życia lub osoby poniżej 18 roku życia reprezentowane przez opiekuna prawnego – KRYTERIUM OBOWIĄZKOWE,
2. zdiagnozowana choroba nowotworowa -KRYTERIUM OBOWIĄZKOWE,
3. **sytuacja materialna uniemożliwiająca samodzielne nabywanie produktów i usług będących przedmiotem pomocy społecznej – KRYTERIUM OBOWIĄZKOWE,**
4. w przypadku finansowania procesu leczenia wykraczającego poza system refundacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zaświadczenie od lekarza onkologa o wykorzystaniu wszystkich możliwych linii leczenia onkologicznego dostępnego w ramach świadczeń gwarantowanych oraz oświadczenie, że proponowany schemat leczenia jest zarejestrowany w Polsce lecz nierefundowany–KRYTERIUM DODATKOWE\*(skreślić – jeśli nie dotyczy).

**Powodem starania się o przyjęcie jest:**

( podać powód oraz opis schorzenia, należy opisać jaki ma być zakres wnioskowanego wsparcia)

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

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

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

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

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

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

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

**5. O**ś**wiadczenie Wnioskodawcy/Rodziców/Opiekunów**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i zrozumiałem(am) zapisy Regulaminu Udzielania Świadczeń Pomocy Społecznej przez Fundację NU-MED.

Oświadczam, że jestem Wnioskodawcą/Rodzicem/Prawnym opiekunem Wnioskodawcy\* i wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.

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

Podpis Wnioskodawcy /Rodzica lub innego prawnego opiekuna Wnioskodawcy\*

*\*niepotrzebne skre*ś*li*ć

**6. Klauzula informacyjna i zgoda na przetwarzanie danych osobowych.**

1. Administratorem Danych jest **Fundacja NU-MED** z siedzibą w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Jana Pawła II 35, NIP: 7732480894 , REGON: 366524136;
2. Administrator Danych w celu należytej ochrony danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail:fundacja@nu-med.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielania wsparcia z zakresu świadczeń pomocy społecznej przez Fundację NU-MED.
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie może być odwołana;
5. Dane osobowe będą przechowywane przez 10 lat, a następnie zostaną zniszczone;
6. Ma Pan/Pani prawo do:
7. dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
8. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
9. przenoszenia danych,
10. cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie,
11. wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan,
iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U. Dz.U.UE.L.2016.119.1).
12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

**Zgoda**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu przez Administratora, w celu pozyskiwania środków finansowych na realizację leczenia onkologicznego.

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

Data, Podpis Wnioskodawcy/Rodzica/Opiekuna\*

*\*niepotrzebne skre*ś*li*ć

**7. Decyzja Zarz**ą**du**

Zarząd Fundacji NU-MED w dniu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . rozpatrzył wniosek kandydata i na podstawie przedłożonych dokumentów podjął decyzję o przyjęciu / nie przyjęciu kandydata w poczet podopiecznych fundacji.\*

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

W imieniu Zarządu