|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu wniosku | Numer ewidencyjny |
| *Wypełnia Koordynator Projektu ze strony SWP* | *Wypełnia Koordynator Projektu ze strony SWP* |

**WNIOSEK O WSPARCIE DLA OSÓB FIZYCZNYCH W RAMACH**

**Programu wsparcia działań medycznych dla środowisk polskich i polonijnych**

**realizowany przez Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”**

**„MISJA MEDYCZNA”**

**OSOBA, KTÓREJ WSPARCIE DOTYCZY, ZDOLNA DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH**

*(Wypełnia Wnioskodawca)*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Wnioskodawcy |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Data urodzenia |  |
| Ogólny stan zdrowia |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres email |  |
| Dochód na członka rodziny w PLN  *(suma dochodów podzielona przez ilość osób)* |  |

**Forma wsparcia:** (*wybrać jedną i opisać*)

|  |
| --- |
| Wsparcie - dofinansowanie **zakupu lekarstw, w tym i insulina:**  Kwota: |
| Wsparcie - dofinansowanie **materiałów medycznych (pieluchomajtki, glukometry, strzykawki, itp.):**  Kwota: |
| Wsparcie rzeczowe - dofinansowanie **sprzętu medycznego poniżej 3500 zł:**  Kwota: |

**Cel wsparcia:** (uzasadnienie potrzeby realizacji wsparcia)

|  |
| --- |
|  |

**Wykaz dokumentów dołączonych do wniosku**

|  |
| --- |
| 1.  2.  3.  4.  5. |

*Formularz zgłoszeniowy będzie rozpatrywany, gdy zostanie dołączony do niego komplet wymaganych dokumentów wraz z tłumaczeniem na język polski.*

* Zapoznałam/em się z Regulaminem Programu wsparcia działań medycznych dla środowisk polskich i polonijnych „Misja medyczna” i akceptuję jego treść.
* Zapoznałam/em się z Informacją o Przetwarzaniu Danych Osobowychi akceptuję jej postanowienia
* Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz dokumentach do niego dołączonych są zgodne ze stanem faktycznym;

…..…..……………………………………

(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Wnioskodawcy**

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 (Dz. U. poz. 1000) na podstawie 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 (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia(podanych w powyższym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach), przez Stowarzyszenie „Wspólnota Polska” z siedzibą w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 64, 00-322 Warszawa, w celu niezbędnym do weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia działań medycznych dla środowisk polskich i polonijnych „Misja medyczna”.

…………………………………………

(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)