

Data wpływu wniosku	Numer ewidencyjny

(Wypełnia Koordynator Projektu ze strony Stowarzyszenia „Wspólnota Polska”)

**WNIOSEK O WSPARCIE DLA OSÓB FIZYCZNYCH W RAMACH
Programu wsparcia działań medycznych dla środowisk polskich i polonijnych
realizowany przez Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”**

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 lub więcej i opisać)*

Wsparcie - dofinansowanie materiałów medycznych i lekarstw:
Kwota:
Wsparcie rzeczowe - dofinansowanie kosztów leczenia i rehabilitacji w kraju zamieszkania i w Polsce:
Kwota:
Inne:

Cel wsparcia: (uzasadnienie potrzeby realizacji wsparcia)

Wykaz dokumentów dołączonych do wniosku

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Formularz zgłoszeniowy będzie rozpatrywany, gdy zostanie dołączony do niego komplet wymaganych dokumentów.

- Zapoznałam/em się z Regulaminem Programu wsparcia działań medycznych dla środowisk polskich i polonijnych i akceptuję jego treść.
- 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

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, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Administratorem podanych danych osobowych jest Stowarzyszenie „Wspólnota Polska” z siedzibą w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 64, 00-322 Warszawa. Kontakt z Administratorem jest możliwy: pod wyżej wskazany adres siedziby oraz za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem swp.@swp.org.pl. Dane osobowe przetwarzane będą w celu niezbędnym do weryfikacji i rozpatrzenia złożonego wniosku oraz przyznania świadczenia w ramach Programu wsparcia działań medycznych dla środowisk polskich i polonijnych. Dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Każdej osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego celu.