

_____ / _____ NR WNIOSKU

**WNIOSEK
DO FUNDACJI WSPARCIA PROFILAKTYKI MEDYCZNEJ W GLIWICACH
W SPRAWIE PRYZNANIA ŚWIADCZENIA W RAMACH OCHRONY I PROMOCJI ZDROWIA**

I. DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO		IMIĘ	
PESEL		NUMER TELEFONU	
Adres email			

A. ADRES ZAMIESZKANIA

KOD POCZTOWY		WOJEWÓDZTWO	
MIEJSCOWOŚĆ		POWIAT	
NAZWA ULICY I NUMER DOMU		GMINA	
NUMER LOKALU		POCZTA	

B. ZATRUDNIENIE

NAZWA ZAKŁADU PRACY, miejscowość			
*WSPÓŁMAŁŻONEK Ubezpieczonego		*DZIECKO Ubezpieczonego	
*EMERYT		*RENCISTA	

*) właściwe proszę zaznaczyć znakiem "X"

**II. NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO WNIOSKODAWCY LUB OSOBY W IMIENIU KTÓREJ
WNIOSEK ZOSTAŁ ZŁOŻONY, WŁAŚCIWY ZE WZGLĘDU NA MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

.....

**III. IDENTYFIKATOR PODATKOWY NIP(należy podać tylko w przypadku,
gdy do rozliczeń z Urzędem Skarbowym wnioskodawca lub osoba w imieniu której złożony został
wniosek, stosuje numer NIP)**

IV. OPIS SYTUACJI

Opis sytuacji rodziny/osoby, znajdującej się w trudnej sytuacji życiowej, której nie jest w stanie pokonać przy wykorzystaniu własnych zasobów i możliwości. Z jakich powodów zgłasza się do Fundacji o przyznanie świadczenia.

.....

VII. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 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, dalej „**RODO**”) informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Wsparcia Profilaktyki Medycznej (dalej zwana również Fundacją lub Administratorem) z siedzibą w Gliwicach (44-100), ul. Jana Pawła II 2 ;
- 2) W sprawie ochrony swoich danych osobowych może się Pan/Pani skontaktować się z Fundacją pod adresem e-mail: fundacja@fwpm.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby wskazany w punkcie 1 powyżej;
- 3) Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
 - a. realizacji zadań statutowych Fundacji, w szczególności w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku, w celu udzielenia Pani/Panu pomocy na podstawie złożonego wniosku, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę na przetwarzanie danych osobowych (podstawa z art. 6 ust 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit a) RODO. Może Pani/Pan wyrazić zgodę lub odmówić jej wyrażenia po zapoznaniu się z informacjami tu zawartymi;
 - b. w celu realizacji naszych obowiązków wynikających z przepisów prawa podatkowego oraz w celu rozliczenia środków wydatkowanych przez Fundację – na podstawie obowiązujących przepisów prawa (podstawa z art. 1 lit. c RODO);
 - c. w celu ustalenia i dochodzenia roszczeń ora obrony przed roszczeniami, co stanowi realizację naszego prawnie uzasadnionego interesu jako administratora (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
- 4) Czas przetwarzania danych:
 - a. W przypadku odmowy uwzględnienia Pani/Pana wniosku, podane dane osobowe będą przetwarzane do momentu odbioru przez Pani/Pana dokumentów bądź przekazania Fundacji decyzji o ich zniszczeniu, jednak nie dłużej niż 1 rok.
 - b. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia Pani/Pana wniosku podane dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany z uwagi na rozliczenie wydatkowanych przez Fundację środków z uwagi na źródło pochodzenia tych środków oraz przez okres wymagany przepisami prawa podatkowego.
- 5) Odbiorcy danych
Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazywane naszym podwykonawcom (podmiotom przetwarzającym), w szczególności GSU S.A. oraz GSU Pomoc Górniczy Klub Ubezpieczonych S.A. oraz podmiotom medycznym świadczącym usługi na rzecz Fundacji. Pani/Pana dane osobowe mogą być również przekazane podmiotom upoważnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
W przypadku wyrażenia zgody dane zostaną udostępnione GSU Pomoc, w celu zweryfikowania objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 7) Pani/Pana dane nie będą wykorzystywane w celu zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
- 8) Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b. sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - c. usunięcia, ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania;
 - d. przenoszenia danych;
 - e. w przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie zgody – do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - f. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania wskazanych danych może uniemożliwić rozpatrzenie wniosku i wykonanie statutowych zadań Fundacji.

Miejscowość, data

Czytelny podpis wnioskodawcy

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym wniosku, w tym danych o stanie zdrowia, przez Fundację Wsparcia Profilaktyki Medycznej z siedzibą w Gliwicach (44-100), ul. Jana Pawła II 2, w celu niezbędnym do realizacji zadań statutowych Fundacji, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia mojego wniosku i udzielenia mi pomocy/wsparcia zgodnie z wnioskiem.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na udostępnienie przez GSU Pomoc Górniczy Klub Ubezpieczonych S.A. moich danych osobowych dotyczących imienia, nazwiska, numeru PESEL oraz zawartych umów ubezpieczenia Fundacji, celem zweryfikowania posiadania przeze mnie ochrony ubezpieczeniowej jako członek Górniczego Klubu Ubezpieczonych.

TAK NIE

Miejscowość, data

Czytelny podpis wnioskodawcy

VIII. POTWIERDZENIE UPRAWNIENÍ DO SKORZYSTANIA Z POMOCY FUNDACJI

Niniejszym potwierdzam, że wnioskodawca jest ubezpieczonym Członkiem Górniczego Klubu Ubezpieczonych, którego organizatorem jest GSU Pomoc Górniczy Klub Ubezpieczonych SA z siedzibą w Gliwicach.

Miejscowość, data

Czytelny podpis lub pieczęć imienna oraz podpis osoby potwierdzającej powyższe dane

IX. DECYZJA ZARZĄDU FUNDACJI

Na podstawie złożonego wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy społecznej Zarząd Fundacji Wsparcia Profilaktyki Medycznej **przychyla się do złożonego wniosku i przyznaje/odmawia przyznania** *) świadczenie(-a)

w formie

Miejscowość, data

Podpis

*) niepotrzebne skreślić