

Załącznik nr 1

Data, miejscowość.....

KWESTIONARIUSZ

PROSZĘ O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka	
2. Imię i nazwisko dziecka	
3. Adres zamieszkania	
4. Adres zameldowania	
5. Adres korespondencyjny	
6. Telefon (stacjonarny oraz komórkowy)	
7. Adres e-mail:	
8. Nr dowodu osobistego oraz PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka	
9. PESEL dziecka / data urodzenia	

OŚWIADCZENIE

1. Ja.....
/imię i nazwisko/
zamieszkały.....
/adres zamieszkania/
legitymujący się dowodem osobistym PESEL
niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje dotyczące sytuacji finansowej, zdrowotnej, rodzinnej i życiowej mojej i dziecka, przedstawione Fundacji dla Szpitala Specjalistycznego św. Zofii, są prawdziwe.
2. Jednocześnie zapewniam, że nie zataiłam/em żadnych informacji, które miałyby wpływ na decyzję Zarządu Fundacji.
3. Jestem świadomy konsekwencji prawnych grożących mi w przypadku zatajenia informacji,

- wyłudzenia pomocy, sfałszowania lub wprowadzenia w błąd przedstawiciela Fundacji.
4. Wyrażam zgodę na weryfikację wszystkich informacji dostarczonych przeze mnie Fundacji dla Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie (adres korespondencyjny: ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa).
 5. Upoważniam Fundację dla Szpitala Specjalistycznego św. Zofii do uzyskania w moim imieniu z Ośrodka Pomocy Społecznej w informacji na temat mojej sytuacji materialno-bytowej na potrzeby rozpoznania wyżej opisanej prośby. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do realizacji powyższych celów oraz na przetwarzanie uzyskanych informacji na potrzeby postępowania związanego z przyznaniem przez Fundację wnioskiem pomocy .
 6. Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U 2014, poz. 1182 t.j.) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka (nazwiska i imiona, imiona rodziców / opiekunów prawnych, data urodzenia, miejsce urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer ewidencyjny PESEL, Numer Identyfikacji Podatkowej, seria i numer dowodu osobistego, numer rachunku bankowego, stan zdrowia, telefon stacjonarny/komórkowy, e-mail)
 - do celów uzyskania wsparcia od Fundacji dla Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie (adres korespondencyjny: ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa)
 - w celu udostępnienia innym podmiotom oraz na stronie internetowej Fundacji w celu upowszechnienia informacji o statutowej działalności pożytku publicznego Fundacji
 - dla celów sprawozdawczych.

.....

(data, czytelny podpis)

**niepotrzebne skreślić*

INFORMACJA

Jednocześnie informujemy, że:

- a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja dla Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie, adres korespondencyjny: ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa.
- b) Pani /Pana dane osobowe są niezbędne i będą przetwarzane wyłącznie do celu przyznania pomocy finansowej / rzeczowej
- c) Posiada Pani/Pan prawo wglądu do treści swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, prawo uzyskania informacji o celu, zakresie i sposobie przetwarzania danych osobowych, jak również prawo do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych.

Potwierdzam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

.....

(data, czytelny podpis)