

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 korespondencyjny	
5. Telefon kontaktowy	
6. Adres e-mail:	
7. Nr dowodu osobistego lub nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka	
8. PESEL dziecka lub data urodzenia	

OŚWIADCZENIA

1. Ja.....

/imię i nazwisko/

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 świadoma/-y konsekwencji prawnych grożących mi w przypadku zatajenia informacji, wyłudzenia pomocy, sfałszowania lub wprowadzenia w błąd przedstawiciela Fundacji

4. Oświadczam, że zapoznałem / -am się z załącznikiem nr 4 do Regulaminu udzielania pomocy Fundacji dla Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie, zawierającym klauzulę informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

data i czytelny własnoręczny podpis

ZGODY DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH

1. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 04.05.2016 r.) **wyrażam zgodę** na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka zawartych w niniejszym formularzu (do celów rozpatrzenia wniosku o udzielenie wsparcia od Fundacji dla Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie (adres korespondencyjny: ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa)

Mam świadomość, że brak zgody na przetwarzanie tych danych osobowych i nieprzekazanie ich Fundacji, spowoduje, że Fundacja nie będzie mogła rozpatrzyć mojego wniosku o wsparcie i zawrzeć porozumienia.

Cofnięcie zgody powoduje, że Fundacja nie może przetwarzać danych osobowych, co spowoduje brak możliwości przekazywania wsparcia finansowego.

Cofnięcie zgody nie ma wpływu na wcześniejsze przetwarzanie, które pozostaje zgodne z prawem.

data i czytelny własnoręczny podpis

2. Upoważniam Fundację dla Szpitala Specjalistycznego św. Zofii do uzyskania w moim imieniu z Ośrodka Pomocy Społecznej w informacji na temat sytuacji materialno-bytowej mojej i mojego dziecka na potrzeby rozpoznania wniosku o udzielenie wsparcia przez Fundację.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu pozyskania opisanej wyżej informacji oraz na przetwarzanie informacji uzyskanych od Ośrodka Pomocy Społecznej

w na potrzeby postępowania związanego z przyznaniem przez Fundację pomocy, o którą wnoszę.

data i czytelny własnoręczny podpis