|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DATA WPŁYWU WNIOSKU | SYGNATURA WNIOSKU |  |
|  |  |



Fundacja BEZGRANICZNI

ul. Bema 100, 15-370 Białystok

Uwaga!

Wypełnienie wniosku nie oznacza udzielenia darowizny.

Wniosek jest niezbędny do uruchomienia procedury rozpatrzenia go przez Fundację BEZGRANICZNI

# WNIOSEK O UDZIELENIE DAROWIZNY OSOBIE FIZYCZNEJ

## ZE ŚRODKÓW FUNDACJI BEZGRANICZNI

1. Dane Wnioskodawcy (osoba pełnoletnia):

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:  | Adres korespondencyjny:   |
| Nr PESEL: | Telefon kontaktowy: / adres e-mail:   |
| Nr dowodu osobistego: | Nr konta bankowego: |

1. Jestem funkcjonariuszem/ byłym funkcjonariuszem Straży Granicznej

 NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy o podanie miejsca pełnienia służby/zatrudnienia:

|  |
| --- |
|   |

Jeśli NIE, prosimy o zaznaczenie właściwej grupy osób

 wdowa/ wdowiec po funkcjonariuszu SG członek rodziny funkcjonariusza SG

 emeryt/rencista SG partner życiowy funkcjonariusz SG

W razie zaznaczenia członek rodziny proszę o wpisanie stopnia pokrewieństwa

|  |
| --- |
|  |

1. Czy Wnioskodawca otrzymał w ostatnich 12 miesięcach dofinansowanie ze środków Fundacji BEZGRANICZNI?

Cel

Uchwała/rok

Kwota

1.

2.

1. Czy Wnioskodawca rozliczył się z przyznanych środków? NIE TAK
2. Czy Wnioskodawca otrzymał w ostatnich 12 miesięcach dofinansowanie lub darowiznę od innej instytucji, fundacji, stowarzyszenia, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych ?

Nazwa: instytucji/fundacji/

Cel

Rok

Kwota

stowarzyszenia/ zakładu pracy

1.

2.

1. Szczegóły wnioskowanego wsparcia.

Kwota o jaką Wnioskodawca występuje ze wskazaniem jej przeznaczenia ………………. (słownie:

…………………..…….…….………………………………………)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Koszt całkowity  |   | PLN  |
| Uzyskane wsparcie finansowe z innych źródeł  |   | PLN  |
| Udział własny  |   | PLN  |

1. Cel darowizny (prosimy o podanie celu zgodnego z działalnością statutową Fundacji) :

|  |
| --- |
|   |

1. Uzasadnienie: (prosimy o krótkie uzasadnienie celu, na jaki ma być przyznana darowizna)

|  |
| --- |
|    |

1. Łączny miesięczny dochód na jedną osobę w rodzinie: …………………………………………

 .……..…………………………………………

(data i podpis składającego oświadczenie/wniosek)

III. Klauzula zgody i klauzula informacyjna.

.……..…………………………………………

(data i podpis składającego oświadczenie/wniosek)

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Pomocy poszkodowanym Funkcjonariuszom Straży Granicznej oraz Członkom ich Rodzin „BEZGRANICZNI”, ul. Bema 100, 15 – 370 Białystok; kontakt e-mai: fundacja.bezgraniczni@op.pl;

2) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Porozumienia – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO oraz w celu prowadzenia ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości; Pani/Pana dane osobowe oraz wizerunek mogą być również przetwarzane w celu informowania w mediach i publikacjach o działalności Administratora, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, tj. odrębnej zgody; Pani/Panda dane osobowe mogą być przetwarzane w celach kontaktowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, tj. odrębnej zgody; w przypadku ewentualnych sporów Pani/Pana dane osobowe mogą być również przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń bądź obrony praw Administratora - na podstawie art. 6 ust.

1 lit. f RODO, co stanowi tzw. prawnie uzasadniony interes, którym jest dochodzenie roszczeń i obrona praw Administratora;

3) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa, upoważnieni pracownicy / współpracownicy Administratora, dostawcy usług technicznych i organizacyjnych;

4) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej;

5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat liczonych od rozwiązania/wygaśnięcia Porozumienia, a w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody - do momentu jej odwołania; dane osobowe przetwarzane w celu dokonywania rozliczeń będą przechowywane przez Administratora przez okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej wynikający z przepisów prawa; dane przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach sądowych) będą przechowywane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego;

6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie przez Administratora danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych w porozumieniu może skutkować odmową jego zawarcia;

9) wobec Pani/Pana nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje (decyzje bez udziału człowieka), w tym Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

ZAŁĄCZNIKI (zaznaczyć właściwe):

|  |  |
| --- | --- |
|  Zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę, potrzeby chorego oraz koszty leczenia  |  Kserokopia decyzji o dofinansowaniu z innych instytucji/fundacji  |
|  Dokumenty finansowe:  zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach,  decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)  | Kserokopie kart informacyjnych ze szpitala (z ostatniego okresu: 12 miesięcy)  Kserokopia decyzji PCPR/PFRON/NFZ  Potwierdzenie rezerwacji turnusu rehabilitacyjnego  |
|  Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności  | Inne (jakie)  ……………………………………………………………………………….………………  |