

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

I. 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

--

2. Czy Wnioskodawca otrzymał w ostatnich 12 miesiącach dofinansowanie ze środków Fundacji BEZGRANICZNI?

X	Kwota	Uchwała/rok	Cel
1.			
2.			

3. Czy Wnioskodawca rozliczył się z przyznanych środków? NIE TAK

4. Czy Wnioskodawca otrzymał w ostatnich 12 miesiącach dofinansowanie lub darowiznę od innej instytucji, fundacji, stowarzyszenia, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych ?

X	Kwota	Rok	Cel	Nazwa: instytucji/fundacji/ stowarzyszenia/ zakładu pracy
1.				
2.				

II. 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) :

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

3. 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/Pana 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 przeniesienia 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):

<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę, potrzeby chorego oraz koszty leczenia	<input type="checkbox"/> Kserokopia decyzji o dofinansowaniu z innych instytucji/fundacji
<input type="checkbox"/> Dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach,	<input type="checkbox"/> Kserokopie kart informacyjnych ze szpitala (z ostatniego okresu: 12 miesięcy)
<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Kserokopia decyzji PCPR/PFRON/NFZ
<input type="checkbox"/> Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Potwierdzenie rezerwacji turnusu rehabilitacyjnego
	<input type="checkbox"/> Inne (jakie)