

Załącznik nr 22
do „Polityki bezpieczeństwa
w zakresie ochrony danych osobowych
w Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz
Dzieciom i Młodzieży AUXILIUM”

**Wniosek o pomoc finansową
(zwrot kosztów leczenia/rehabilitacji/innych wydatków poniesionych w celu poprawy sytuacji zdrowotnej podopiecznego Fundacji)
(wypełnia osoba starająca się o pomoc, w przypadku osoby niepełnoletniej-rodzice lub opiekunowie prawni)**

Miejscowość, Data

Imię, Nazwisko składającego wniosek, telefon kontaktowy, adres e-mail

Dane osoby ubiegającej się o pomoc Fundacji

Imię, Nazwisko Adres zamieszkania Pesel

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dotyczących leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu, leków i innych (zaznaczyć właściwe), w kwocie ogólnej PLN, wg poniższego zestawienia Faktur:

1. Faktura nr z dnia kwota
2. Faktura nr z dnia kwota
3. Faktura nr z dnia kwota
4. Faktura nr z dnia kwota
5. Faktura nr z dnia kwota
6. Faktura nr z dnia kwota
7. Faktura nr z dnia kwota
8. Faktura nr z dnia kwota
9. Faktura nr z dnia kwota
10. Faktura nr z dnia kwota

Kwotę refundacji proszę przekazać na podane poniżej konto bankowe:

..... /numer konta /

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie oraz przetwarzanie danych osobowych dotyczących tej prośby zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM 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), w ramach działalności statutowej Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz Dzieciom i Młodzieży AUXILIUM oraz na publikację mojego wizerunku, podanych w formularzu danych osobowych (imienia, nazwiska i miejsca zamieszkania), oraz całości, wybranych fragmentów lub zwięzłego streszczenia opisu prośby na stronie internetowej Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz Dzieciom i Młodzieży AUXILIUM a także w publikowanych przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz Dzieciom i Młodzieży AUXILIUM materiałach informacyjnych lub promocyjnych dotyczących jej działalności oraz, na przekazanie wizerunku beneficjenta i wskazanych wyżej danych podmiotom trzecim, wyłącznie w celu ich przygotowania do opublikowania na stronie internetowej Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz Dzieciom i Młodzieży AUXILIUM oraz przygotowania materiałów informacyjnych.

.....
(data i czytelny podpis osoby starającej się o pomoc, w przypadku osoby niepełnoletniej-rodziców lub opiekunów prawnych)

Podpis Prezesa Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz Dzieciom i Młodzieży AUXILIUM.....

* Każda Faktura, o rozliczenie której wnioskuje osoba starająca się o pomoc MUSI BYĆ wystawiona na adres:
Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz Dzieciom i Młodzieży AUXILIUM, ul. Regis 2, 32-700 Bochnia, NIP 868-195-96-52. Faktury wystawione na inne dane nie będą przez Fundację rozliczane. Termin rozliczania Faktur: 30 dni od daty dostarczenia kompletu Faktur (oryginały) i wniosku do siedziby Fundacji.
W przypadku rozliczenia faktur dotyczących zakupionego paliwa obowiązuje dodatkowo DRUK Rozliczenia kosztów przejazdu. OBOWIĄZUJE OD DNIA 01.02.19.