

FUNDACJA „Dbam o zdrowie”
03-042 Warszawa, ul. Marywilska 42b
tel. +48 (42) 200 75 50, fax +48 (42) 613 34 33
e-mail: fundacja@doz.pl
www.fundacja-doz.pl

FUNDACJA
dbam o zdrowie



WNIOSEK

WNIOSEK

I Wniosek o udzielenie pomocy w zakresie dofinansowania zakupu leków

FUNDACJA dbam o zdrowie

Dane osobowe wnioskodawcy:

Imię _____

Nazwisko _____

Data urodzenia _____

Telefon (pole nieobowiązkowe) _____

Adres zameldowania: _____

Ulica _____

Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____

Adres korespondencyjny: _____

Ulica _____

Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____

Oświadczam, że mój miesięczny dochód brutto wynosi:

0 - 500 zł _____

501 - 1000 zł _____

1001 - 1500 zł _____

powyżej 1500 zł _____

I uzyskany jest z tytułu:

Emerytury _____

Renty _____

Inne, jakie? _____

Wynajmuję na przezwyciężanie, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych objętych w całości i niniejszego formularza przez Fundację „Dbam o Zdrowie” z siedzibą w Warszawie, 03-042, ul. Marywilska nr 42b (zwanej dalej „Fundacją”), jako administratora danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 505 z późn. zm.) wyłącznie w celach związanych z realizacją zadań statutowych Fundacji, polegających na udzielaniu pomocy w zakresie dofinansowania zakupu leków oraz przyjmując do wiadomości, że mam prawo wglądu w swoje dane oraz prawo ich poprawiania oraz wniesienia zgłoszenia o zaprzestaniu ich przetwarzania.

Podpis _____ Data _____

II W celu uzasadnienia wniosku prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

W przypadku udzielenia przez Fundację na mój rzecz dofinansowania zakupu leków, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację „Dbam o Zdrowie” z siedzibą w Warszawie, 03-042, ul. Marywilska nr 42b (zwanej dalej „Fundacją”), jako administratora danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 505 z późn. zm.) w tym udostępnianie podmiotom świadczącym usługi związane z ochroną zdrowia i zaopiniowaniem w ich i wysłany medyczne oraz oferowaniem Fundacji danych objętych w całości i niniejszego formularza, informacji o sposobie wykorzystania udzielonego przez Fundację dofinansowania zakupu leków, jako urodzenia oraz miejscowości, w której zamieszkuje – wyłącznie w celach statystycznych, realizowanych w zakresie działalności statutowej Fundacji, pozwalających na opracowywanie analiz dotyczących jakości i zachowań pacjentów na rynku usług związanych z ochroną zdrowia oraz zaopiniowaniem w ich i wysłany medyczne.

Przyjmuję do wiadomości, że udzielenie niniejszej zgody:

- ma charakter dobrowolny
- dotyczy przetwarzania danych obecnie oraz w przyszłości
- dotyczy wyłącznie przetwarzania danych wyliczonych w niniejszym oświadczeniu, nie dotyczy ona danych osobowych objętych pkt. I niniejszego formularza w postaci imienia, nazwiska, pełnej daty urodzenia, adresu zameldowania (ulica, nr domu, kod pocztowy, poczta) oraz telefonu.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wglądu w swoje dane oraz prawo ich poprawiania oraz wniesienia zgłoszenia o zaprzestaniu ich przetwarzania.

Na leczenie jakich schorzeń/dolegliwości zostanie wykorzystana dotacja fundacji? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

☐ Alergii ☐ Artretyzmu ☐ Astmii

☐ Chorób przewodu pokarmowego ☐ Prostaty

☐ Chorób serca ☐ Jaskry ☐ Cukrzycy

☐ Choroby Parkinsona ☐ Choroby nowotworowe

☐ Chorób mięśniowo - szkieletowych

☐ Inne, jakie? _____

Ile przeciętnie miesięcznie wydajesz na leki? _____

Ile wydawałbyś miesięcznie w aptece, gdyby było Cię stać na zakup wszystkich zalecanych leków? _____

Ile razy w miesiącu odwiedzasz aptekę? _____

Czy zdarzyło Ci się nie wykupić recepty z przyczyn finansowych? _____

Podpis _____ Data _____

INSTRUKCJA PRZYJMOWANIE WNIOSKU

I. Przyjęte mogą być wyłącznie wnioski kompletne:

- - poprawnie wypełnione (posiadające zaznaczone wszystkie pola na wniosku)
- - z podpisem wnioskodawcy złożonym w dwóch miejscach na wniosku
- - z dołączoną dokumentacją (zaświadczenia o dochodach i chorobie)
- Osoba przyjmująca wniosek ma obowiązek:
 - a. skontrolowania poprawności wypełnionego wniosku
 - b. sprawdzenia tożsamości osoby składającej
 - c. oznakowania wniosku datą przyjęcia i własnym podpisem

INSTRUKCJA PRZYJMOWANIE WNIOSKU

■ Sprawdzeniu w szczególności podlegają:

1. czy są załączone dokumenty świadczące o sytuacji materialnej:
tj. m.in. odcinek emerytury, renty, kopia decyzji o przyznaniu świadczenia emerytalnego, zaświadczenia z MOPS, zaświadczenie z Urzędu Pracy itp.;
2. jeżeli dochód wskazany na dokumencie z pkt. 1 świadczy o dochodzie brutto powyżej 1000 brutto – osoby powinny przedstawić dokument świadczący o trudnej sytuacji życiowej
np. zaświadczenia lekarskie o schorzeniach, potwierdzenia konieczności finansowania terapii, kopie wycenionych przez aptekę recept itp.;
3. czy wszystkie wymagane pola zostały uzupełnione;
4. czy wniosek jest podpisany w wyznaczonych do tego miejscach (dwa miejsca na wniosku);
5. czy zaznaczono na wniosku numer apteki, w której nastąpi odbiór pomocy;
6. czy beneficjent zgłosił się osobiście (sprawdzenie dowodu osobistego), w przeciwnym przypadku czy osoba składająca wniosek posiada pisemne pełnomocnictwo.

INSTRUKCJA PRZYJMOWANIE WNIOSKU

1. Wniosek składany przez pełnomocnika

W sytuacji, gdy wniosek wypełniany jest przez pełnomocnika osoby chorej, wymagane jest przedstawienie pisemnego pełnomocnictwa oraz dowodu osobistego wnioskodawcy i pełnomocnika. Pełnomocnictwo zostaje przez przyjmującego podpisane do wniosku wraz z pozostałą dokumentacją.

2. Wniosek składany przez osobę niepełnoletnią

W sytuacji, gdy wniosek składany jest przez rodziców osoby niepełnoletniej, wniosek wypełniany jest **danymi osobowymi dziecka**. Rodzice lub opiekunowie prawni dziecka wypełniają natomiast **zaświadczenie odbioru pomocy**, które umożliwi im odbiór w aptece przyznanego dofinansowania. Zaświadczenie załączone zostaje do dokumentacji.

Rodzice nie wypełniają dodatkowo wniosków w swoim imieniu!!!

INSTRUKCJA PRZYJMOWANIE WNIOSKU

II. OZNACZENIA WNIOSKÓW

Osoba przyjmująca wniosek zapisuje na nim kolejny numer porządkowy, datę i składa swój podpis jako przyjmującego wniosek.

1. Numeracja wniosków

Przyjętym wnioskowi nadajemy numer porządkowy od **1/08/XYZ** – gdzie:

- **1 – oznacza kolejną liczbę porządkową**
- **08 - rok**
- **XYZ - trzy pierwsze litery miasta np. KRA, TAR, BOC, DEB.**

Numer zapisujemy w prawym górnym rogu wniosku.

2. Numer apteki

- Na każdym wniosku należy zapisać w prawym górnym rogu wniosku numer apteki, którą wnioskodawca wskaże jako miejsce odbioru pomocy.
- Osoba przyjmująca wniosek ma obowiązek wydania wykazu aptek z prośbą o zaznaczenie w której aptece chciałaby odebrać kartę.

III. WNIOSKODAWCY

1. Wnioski składane przez kilka osób z jednej rodziny

- W sytuacji, gdy wniosek składa kilka osób z tej samej rodziny (np. małżeństwo, rodzice i dzieci itp.), wówczas każdą osobę traktujemy jako indywidualnego wnioskodawcę.
- Nie spinamy wniosków jednej rodziny razem!!!

IV. CZAS PRZYJMOWANIA WNIOSKÓW

- Szacujemy, że w ciągu godziny jedna osoba jest w stanie wprowadzić około 20 wniosków do bazy.

W każdym mieście wnioski będą przyjmowane **przez tydzień [5 dni], od godziny 10:00 do godziny 15:00.**

SPOSÓB WYPEŁNIANIA WNIOSKU

I Wniosek o udzielenie pomocy w zakresie dofinansowania zakupu leków



Dane osobowe wnioskodawcy:

Imię: Jan

Nazwisko: Kowalski

Data urodzenia: 01 - 01 - 1999

Telefon (pole nieobowiązkowe): 022 585 589

Adres zameldowania: Nr domu: 50, Nr mieszkania: 19, Ulica: Narutowicza

Miejscowość: Olsztyn, Kod pocztowy: 11-777, Poczta: Olsztyn

Adres korespondencyjny: Ulica: _____, Miejscowość: _____, Kod pocztowy: _____, Poczta: _____

Oświadczam, że mój miesięczny dochód brutto wynosi:

☐ 0 - 500 zł

☐ 501 - 1000 zł

☐ 1001 - 1500 zł

☐ powyżej 1500 zł

i uzyskany jest z tytułu:

☐ Emerytury

☐ Renty

☐ Inne, jakie? _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych objętych w części I niniejszego formularza przez Fundację „Dbam o Zdrowie” z siedzibą w Warszawie, 03-042, ul. Marywilska nr 42b (zwana dalej „Fundacją”), jako administratora danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyłącznie w celach związanych z realizacją zadań statutowych Fundacji, polegających na udzielaniu pomocy w zakresie dofinansowania zakupu leków oraz przyjmując do wiadomości, że mam prawo wglądu w swoje dane oraz prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania o zaprzestanie ich przetwarzania.

Podpis: Jan Kowalski

Data: 29 września 2008

Wniosek wypełniany na osobę niepełnoletnią zawiera dane osobowe dziecka. Rodzice lub opiekunowie wypełniają jedynie zaświadczenie odbioru przyznanej pomocy, dostępne w Tymczasowym Biurze Fundacji. Rodzice nie podają we wniosku swoich danych osobowych.

Adres do korespondencji – pole wypełniane wyłącznie w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny, niż adres zameldowania.

Podpis osoby ubiegającej się o pomoc Fundacji lub osoby upoważnionej przez beneficjenta

II W celu uzasadnienia wniosku prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

W przypadku udzielenia przez Fundację na mój zakres dofinansowania zakupu leków, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację „Dbam o Zdrowie” z siedzibą w Warszawie, 03-042, ul. Marywilska nr 42b (zwana dalej „Fundacją”), jako administratora danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyłącznie w celach związanych z realizacją zadań statutowych Fundacji, polegających na udzielaniu pomocy w zakresie dofinansowania zakupu leków oraz przyjmując do wiadomości, że mam prawo wglądu w swoje dane oraz prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania o zaprzestanie ich przetwarzania.

Przyjmuję do wiadomości, że udzielenie niniejszej zgody:

- ma charakter dobrowolny
 - dotyczy przetwarzania danych obecnie oraz w przyszłości
 - dotyczy wyłącznie przetwarzania danych wymienionych w niniejszym oświadczeniu; nie dotyczy ono danych osobowych objętych pkt. I niniejszego formularza w postaci imienia, nazwiska, pełnej daty urodzenia, adresu zamieszkania (ulica, nr domu, kod pocztowy, poczta) oraz telefonu.
- Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wglądu w swoje dane oraz prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania o zaprzestanie ich przetwarzania.

Na leczenie jakich schorzeń/dolegliwości zostanie wykorzystana dotacja fundacji?
(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- ☐ Alergii ☐ Artretyzmu ☐ Astmy
- ☒ Chorób przewodu pokarmowego ☐ Prostaty
- ☐ Chorób serca ☐ Jaskry ☐ Cukrzycy
- ☒ Choroby Parkinsona ☐ Choroby nowotworowe
- ☐ Chorób mięśniowo - szkieletowych
- ☐ Inne, jakie? _____

Podpis: Jan Kowalski

Ile przeciętnie miesięcznie wydajesz na leki? 100

Ile wydawałbyś miesięcznie w aptece, gdyby było Ci stać na zakup wszystkich zaleconych leków? 150

Ile razy w miesiącu odwiedzasz aptekę? 3

Czy zdarzyło Ci się nie wykupić recepty z przyczyn finansowych? tak

Data: 29 września 2008

Podpis osoby ubiegającej się o pomoc Fundacji lub osoby upoważnionej przez beneficjenta

Dziękujemy za uwagę

Życzymy powodzenia

Jeśli czynisz dobro, oskarżą Cię o egoizm i ukryte motywy

MIMO TO - CZYŃ DOBRO

Dobro, które czynisz natychmiast będzie zapomniane

MIMO TO - CZYŃ DOBRO

napis na ścianie domu dziecka Shishu Bhawan w Kalkucie