

REGULAMIN REFINANSOWANIA KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM

1. Definicje pojęć użytych w Regulaminie:
 - a. Regulamin – Regulamin refinansowania kosztów związanych z leczeniem;
 - b. Beneficjent – osoba, która występuje do Fundacji z wnioskiem o zrefinansowanie kosztów związanych z leczeniem, spełniająca kryteria podmiotowe wymienione w pkt 12;
 - c. Dowód poniesionych kosztów – bilet lub imienna faktura/rachunek wystawiony na beneficjenta z opisem usługi lub wyszczególnieniem nazwy towaru;
 - d. Fundacja - Fundacja „Gwiazda Nadziei”, z siedzibą w Katowicach, ul. H. Dąbrowskiego 22, 40-032 Katowice, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód pod numerem KRS 0000298237.

2. Regulamin określa:
 - a. ogólne zasady refinansowania kosztów związanych z leczeniem,
 - b. zakres refinansowanych kosztów,
 - c. kryteria podmiotowe (komu może być przyznana pomoc),
 - d. kryteria dochodowe (wysokość udzielanej pomocy w zależności od wysokości dochodu na członka rodziny)
 - e. konsekwencje podatkowe dla Beneficjenta

3. Ogólne zasady refinansowania kosztów związanych z leczeniem:
 - a. Fundacja, w ramach świadczonej pomocy społecznej, na wniosek Beneficjenta, w miarę możliwości Fundacji, udziela mu wsparcia finansowego w postaci finansowania lub zwrotu kosztów poniesionych przez Beneficjenta i związanych z leczeniem.
 - b. Zrefinansowanie kosztów związanych z leczeniem następuje po przedstawieniu Fundacji oryginału dowodu poniesionych kosztów.
 - c. Do wniosku o zrefinansowanie kosztów związanych z leczeniem, którego wzór stanowi załącznik do Regulaminu należy załączyć:
 - oryginał dowodu poniesionych kosztów, o którym mowa w pkt. b.;
 - oświadczenie o wysokości średniego miesięcznego dochodu na członka gospodarstwa domowego beneficjenta z ostatnich 6-ciu miesięcy;
 - kserokopia recepty lub zaświadczenie, w którym lekarz stwierdza, iż stosowanie danego produktu, podlegającego refinansowaniu na mocy Regulaminu albo przeprowadzenie badania diagnostycznego objętego wnioskiem o refinansowanie, jest w przypadku konkretnego pacjenta wskazane lub zalecane.
 - d. Fundacja refinansuje koszty związane z leczeniem poniesione nie wcześniej niż na 3 miesiące przed złożeniem wniosku do Fundacji lub nadaniem wniosku wraz z załącznikami w placówce pocztowej operatora publicznego w przypadku złożenia wniosku za pośrednictwem poczty.
 - e. Fundacja zastrzega sobie prawo żądania przedstawienia dodatkowych dokumentów, w sytuacji gdy przedstawiona dokumentacja nie będzie stanowiła wystarczającej podstawy do stwierdzenia konieczności udzielenia pomocy Beneficjentowi.
 - f. Fundacja zastrzega sobie prawo odmowy zrefinansowania kosztów związanych z leczeniem w szczególnie uzasadnionych przypadkach, pomimo spełnienia wszystkich określonych w Regulaminie kryteriów podmiotowych i przedmiotowych.
 - g. Finansowanie kosztów związanych z leczeniem następuje po rozpatrzeniu i akceptacji przez Zarząd Fundacji pisemnego wniosku o sfinansowanie.
 - h. Wniosek o sfinansowanie winien zawierać załączniki wymienione w pkt. 3 lit. c.

4. Zakres refinansowanych kosztów
 - a. Maksymalna wysokość kosztów, o których refinansowanie może ubiegać się Beneficjent wynosi 1000 zł brutto w danym roku kalendarzowym.
 - b. Beneficjent może wnioskować o refundację kosztów związanych z leczeniem składając kilka wniosków, jednakże suma refundowanej kwoty w trakcie roku kalendarzowego nie powinna przekroczyć kwoty wymienionej w pkt. 4 lit. a.
5. Limit kwotowy wymieniony w pkt 4 lit. a niniejszego regulaminu nie ma zastosowania w przypadku pomocy udzielonej beneficjentowi w ramach kwot zebranych przez Fundację lub przekazanych Fundacji na leczenie konkretnego Beneficjenta
 - a. w trakcie zbiórki publicznej,
 - b. w postaci darowizn przekazanych na konto Fundacji,
 - c. w postaci przekazanego 1% podatku dochodowego od osób fizycznych.
6. W przypadku pozyskania przez Fundację środków finansowych na wsparcie chorych z konkretnym schorzeniem, Fundacja może wprowadzić dla tej grupy chorych Uchwałą Zarządu odmienne limity rocznego wsparcia, o którym mowa w pkt 4 lit. a.
7. Fundacja refunduje, na zasadach określonych w Regulaminie, wyłącznie koszty:
 - a. badań diagnostycznych,
 - b. produktów leczniczych,
 - c. szczepionek,
 - d. pobytu opiekunów prawnych nieletniego Beneficjenta w przyszpitalnym hotelu na czas pobytu Beneficjenta w placówce medycznej,
 - e. zabiegów medycznych,
 - f. konsultacji medycznych,
 - g. przejazdu osób chorych, w razie potrzeby wraz z opiekunami, w tym między innymi: kosztów paliwa, opłat parkingowych, biletów komunikacji publicznej (PKP 2 klasy) do placówek opieki medycznej w celu leczenia bądź przeprowadzenia badań kontrolnych.
8. Za wcześniejszą zgodą Fundacji i tylko w przypadku wyraźnych wskazań lekarskich np. w przypadku osób obłożnie chorych, wymagających specjalnej pielęgnacji, Fundacja refunduje koszt:
 - a. środków pielęgnacyjnych i opatrunkowych (w tym: lecznicze kremy, płyny, pasty, mydła, itp.),
 - b. odżywek wspomagających leczenie i rekonwalescencję,
 - c. witamin,
 - d. pampersów, mat i podkładów,
 - e. łóżek i materacy,
 - f. składników diety niezbędnej do stosowania w celu poprawy bądź utrzymania aktualnego stanu zdrowia,
 - g. zabiegów rehabilitacyjnych i kuracji, w tym również kosztów pobytu i podróży do placówek wykonujących wyżej wymienione zabiegi i kuracje (wyłącznie ze środków zebranych ze wskazaniem na konkretnego podopiecznego, po wcześniejszym uzgodnieniu limitu kosztów),
 - h. zakupu, konserwacji i naprawy sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego,
 - i. zapewnienia specjalnej opieki i pielęgnacji w okresie rekonwalescencji po operacji/zabiegu,
9. Wnioski o refundację kosztów podróży Fundacja rozpatruje pod warunkiem dołączenia dowodu odbycia konsultacji medycznej bądź dowodu pobytu w placówce medycznej np. w postaci zaświadczenia, wypisu, karty konsultacyjnej.
10. Podstawą refundacji kosztów podróży komunikacją publiczną są bilety.

11. Warunkiem uzyskania refundacji wydatków związanych z podróżą samochodem do placówki medycznej jest wypełnienie i podpisanie stosownego wniosku, stanowiącego załącznik do niniejszego regulaminu. Refundacja kosztów podróży samochodem do placówki medycznej wynosi 0,35zł/km.
12. Kryteria podmiotowe (komu może być przyznana pomoc)
 - a. Beneficjentem może być osoba, u której zdiagnozowano chorobę wątroby, a w szczególnych przypadkach - za zgodą Zarządu Fundacji - także osoby cierpiące na inne schorzenie.
 - b. W imieniu Beneficjenta nieposiadającego pełnej zdolności do czynności prawnych (który nie przekroczył osiemnastego roku życia) może wystąpić wyłącznie jego opiekun prawny.
 - c. Warunkiem zrefinansowania przez Fundację kosztów związanych z leczeniem jest sytuacja finansowa Beneficjenta, uniemożliwiająca mu pokrycie kosztów związanych z leczeniem ze środków własnych.
 - d. Maksymalny dochód na osobę w rodzinie z ostatnich 6-ciu miesięcy nie może przekroczyć kwoty 1500,00 zł netto.
 - e. W szczególnie uzasadnionych przypadkach na pisemną prośbę Beneficjenta, Zarząd Fundacji może podjąć decyzję o:
 - zrefinansowaniu kosztów związanych z leczeniem, które nie zostały wymienione w pkt 7 i 8,
 - zrefinansowaniu kosztów związanych z leczeniem beneficjenta, którego dochód przekracza kwotę określoną w pkt 12 lit. d.
13. Konsekwencje podatkowe dla Beneficjenta

Uzyskanie zrefinansowania kosztów związanych z leczeniem może, na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. , poz. 1813), wiązać się z opodatkowaniem po stronie Beneficjenta podatkiem od darowizn. Refinansowanie może podlegać opodatkowaniu w przypadku, gdy jego kwota wraz z łączną kwotą zrefinansowania uzyskanego od Fundacji w okresie ostatnich 5 lat przekroczy kwotę 4902 zł. Otrzymana kwota podlega opodatkowaniu według skali podatkowej 12%-16%-20% (opodatkowaniu podlega nadwyżka ponad kwotę 4902 zł).
14. Inne postanowienia
 - a. Fundacja zastrzega sobie prawo odmowy zrefinansowania kosztów związanych z leczeniem z uwagi na brak wystarczających środków finansowanych.
 - b. Fundacja pokrywa należności wynikające z wystawionej faktury wyłącznie do kwoty wcześniej uzgodnionej z Beneficjentem.
 - c. Żadne z postanowień Regulaminu nie może stanowić podstawy roszczenia wobec Fundacji.
 - d. Regulamin obowiązuje od dnia 01.10.2019 r. i może ulec zmianie w dowolnym czasie.
 - e. Fundacja nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niewłaściwego stosowania produktów objętych zrefinansowaniem.

Załącznik:

1. Wniosek o zrefinansowanie kosztów leczenia
2. Wniosek o zrefinansowanie kosztów dojazdu do placówki medycznej
3. Oświadczenie o dochodach
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
5. Wniosek o wsparcie w organizacji diagnostyki

ZALĄCZNIK nr 1

..... , dnia

Do Zarządu Fundacji „Gwiazda Nadziei”
z siedzibą w Katowicach
ul. Dąbrowskiego 22, 40-032

WNIOSEK O REFINANSOWANIE

Ja, zamieszkały/a w,
przy ul. zwracam się z prośbą o zrefinansowanie
kosztów związanych z leczeniem (imię i nazwisko chorego w przypadku dziecka)

Wykaz dołączonych faktur w oryginale:

1. nr f-ry.....	data	kwota	zł	rodzaj zakupu
2. nr f-ry	data	kwota	zł	rodzaj zakupu
3. nr f-ry	data	kwota	zł	rodzaj zakupu
4. nr f-ry.....	data	kwota	zł	rodzaj zakupu
5. nr f-ry	data	kwota	zł	rodzaj zakupu

Co daje sumaryczną kwotę: zł

[podpis wnioskodawcy]

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 informujemy:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja „Gwiazda Nadziei” z siedzibą w Katowicach, przy ul. Dąbrowskiego 22, NIP: 954-262-38-25, REGON: 240842144, KRS 0000298237, adres email: fundacja@gwiazdanadziei.pl, strona internetowa: gwiazdanadziei.pl;

Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się elektronicznie - za pomocą adresu e-mail IODO@gwiazdanadziei.pl lub pisemnie - wysyłając list na adres siedziby Fundacji z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”.

W jakim celu będą przetwarzane Panią/Pana dane osobowe.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- udzielenia Pani/Panu materialnego i niematerialnego wsparcia zgodnego z celami statutowymi Fundacji,
- realizacji postanowień zawartego porozumienia (z podopiecznym Fundacji),
- uzyskaniu finansowania leczenia ze środków publicznych,
- archiwizacji dokumentacji.

Dlaczego mogą być przetwarzane Pani/Pana dane osobowe.

Podstawami prawnymi przetwarzania danych osobowych są:

- w zakresie imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, numeru i serii dowodu tożsamości oraz wizerunku, sytuacji rodzinnej i materialnej :
 - niezbędność ich przetwarzania do zawarcia z Panią/Panem porozumienia i jego realizacji (art. 6 ust.1 lit. b rozporządzenia),
 - przetwarzanie jest niezbędne do ochrony Pani/Pana żywotnych interesów (art. 6 ust. 1 lit. d rozporządzenia),
 - prawnie uzasadniony interes realizowany przez Fundację (art. 6 ust. 1 lit. f rozporządzenia), którym jest realizacja i rozliczalność zadań statutowych Fundacji.
- w zakresie danych o stanie zdrowia :
 - przetwarzanie jest niezbędne do ochrony Pani/Pana żywotnych interesów (art. 9 ust. 2 lit. c rozporządzenia),
 - przetwarzanie w ramach uprawnionej działalności Fundacji (art. 9 ust.2 lit. d rozporządzenia),
 - przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (art. 9 ust. 2 lit. f rozporządzenia).

Komu mogą lub będą ujawniane Pani/Pana dane osobowe.

1. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez Fundację (tzn. pracownikom Fundacji, wolontariuszom i innym osobom fizycznym wykonującym zadania na rzecz Fundacji w ramach wymienionych celów).
2. Podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
3. Dostawcom systemów informatycznych i usług IT zapewniających funkcjonowanie Fundacji.
4. Operatorom pocztowym lub kurierom w zakresie danych korespondencyjnych w przypadku korespondencji papierowej.
5. Bankom w zakresie realizacji płatności jeżeli płatność jest realizowana przelewem na konto.
Pkt 6, 7, 8 dotyczy PODOPIECZNYCH -osób, które zawierają stosowne pisemne porozumienie z Fundacją
6. Mediom w zakresie określonym w pkt 2 porozumienia, po wyrażeniu przez Panią/Pana stosownej zgody.
7. Podmiotom współpracującym z Fundacją w zakresie realizacji zawartego z Panią/ Panem porozumienia.
8. Ponadto wszystkim zainteresowanym udzieleniem Pani/Panu pomocy w zakresie objętym porozumieniem.

Jak długo Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, które wynikają z przepisów prawa, w tym obowiązku przechowywania dokumentów księgowych.

Jakie Pani/Panu przysługują prawa.

1. Prawo dostępu do treści swoich danych.
2. Prawo żądania ich sprostowania.
3. Prawo żądania ich usunięcia.
4. Prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania.
5. Prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w zakresie danych, które są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit f rozporządzenia.
6. Prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Czy podanie danych jest wymogiem lub obowiązkiem i co się stanie jeżeli Pani/Pan ich nie podadzą.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże niezbędne do podjęcia działań w celu niesienia pomocy, w tym między innymi opisanych w zawartym porozumieniu z PODOPIECZNYM Fundacji. Bez podania danych osobowych Fundacja nie będzie mogła udzielić Pani/Panu pomocy, w tym realizować postanowień wynikających z zawartego porozumienia.

Czy Pani/Pana dane będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji lub tzw. profilowania.

Nie, Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

Oświadczam, że zapoznałem się z przysługującymi mi uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa. Dane osobowe udostępniam Fundacji „Gwiazda Nadziei” dobrowolnie (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku, tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 730.).

TAK

NIE

Data i czytelny podpis

***) Należy zaznaczyć tylko jedna opcję , niewłaściwą skreślić (TAK lub NIE)**

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych warunkuje przetwarzanie danych przez Fundację a tym samym rozpatrzenie wniosków o wsparcie.

Decyzja Zarządu Fundacji (wypełnia Fundacja)

refundacja w kwocie.....zł

Źródło finansowania.....

.....
data i podpisy akceptujących

.....
data wykonania przelewu bankowego

ZAŁĄCZNIK nr 2

..... , dnia

Do Zarządu Fundacji „Gwiazda Nadziei”
z siedzibą w Katowicach
ul. H. Dąbrowskiego 22

WNIOSEK O REFINANSOWANIE KOSZTÓW PODRÓŻY DO PLACÓWKI MEDYCZNEJ

1. Ja, zamieszkały w
przy ul. zwracam się z prośbą o zrefinansowanie kosztów podróży do placówki medycznej, związanej z moim leczeniem/leczeniem mojego dziecka(imię i nazwisko pacjenta)
w celu związanym z diagnostyką lub leczeniem (np. odbycie konsultacji lekarskich/ terapeutycznych/ wykonania zabiegu/leczenia)
2. Termin podróży:
3. Cel podróży (nazwa i adres placówki)
4. Koszt przejazdu środkami komunikacji publicznej, wynikający z dołączonych biletów lub paragonów
5. Koszt przejazdu samochodem: ilość przejechanych km x 0,35 zł/km =
6. WNIOSKOWANA KWOTA tj. razem całkowity koszt podróży (suma pozycji z pkt 4 i pkt. 5)
= zł

Niniejsze przekazanie danych osobowych jest dobrowolne.

Niniejszym oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadomy/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 297 kk).

Oświadczam, że zapoznałem się z przysługującymi mi uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa.

Dane osobowe udostępniam Fundacji „Gwiazda Nadziei” dobrowolnie (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku, tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 730.).

TAK

NIE

Data i czytelny podpis

(*) Należy zaznaczyć tylko jedna opcję , niewłaściwą skreślić (TAK lub NIE)

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych warunkuje przetwarzanie danych przez Fundację a tym samym rozpatrzenie wniosków o wsparcie.

Wymagane załączniki do wniosku :

1. Dokument poświadczający pobyt w placówce medycznej (np. kserokopia wypisu szpitalnego, oryginał zaświadczenia o odbyciu konsultacji).

8. Prawo żądania ich sprostowania.
9. Prawo żądania ich usunięcia.
10. Prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania.
11. Prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w zakresie danych, które są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit f rozporządzenia.
12. Prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Czy podanie danych jest wymogiem lub obowiązkiem i co się stanie jeżeli Pani/Pan ich nie podadzą.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże niezbędne do podjęcia działań w celu niesienia pomocy, w tym między innymi opisanych w zawartym porozumieniu z PODOPIECZNYM Fundacji. Bez podania danych osobowych Fundacja nie będzie mogła udzielić Pani/Panu pomocy, w tym realizować postanowień wynikających z zawartego porozumienia.

Czy Pani/Pana dane będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji lub tzw. profilowania.

Nie, Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

ZALĄCZNIK nr 3

..... dnia

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja, zamieszkały/a w

przy ul.

legitymujący/a się dowodem osobistym nr nr PESEL

a) źródła dochodów członków gospodarstwa domowego:

- o umowa o prace zł
- o umowa zlecenia zł
- o emeryturazł
- o rentazł
- o alimenty zł
- o zapomogizł
- o zasiłkizł
- o działy produkcji rolnej rolnicyzł

b) ilość osób w gospodarstwie domowym

c) ilość dzieci w gospodarstwie domowym

Oświadczam, dochód na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi: zł brutto/netto *

W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą, wystawca oświadczenia ponosi odpowiedzialność karną. Niniejszym oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a, o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 297kk).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu związanym z udzieleniem mi pomocy finansowej w ramach wniosku o zrefinansowanie kosztów leczenia zgodnie z oświadczeniem złożonym na odrębnym druku.

Niniejsze przekazanie danych osobowych jest dobrowolne.

.....
CZYTELNY PODPIS

*niepotrzebne skreślić

ZALĄCZNIK nr 4

_____, dnia _____

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja _____, zamieszkały/a w _____ przy ul. _____ niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację „Gwiazda Nadziei” z siedzibą w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 22, moich danych osobowych /danych osobowych córki/syna (*) _____ w tym danych osobowych dotyczących mojego/córki/syna (*) stanu zdrowia wynikającego ze schorzenia _____, w szczególności zawartych w przekazanej Fundacji dokumentacji medycznej, w celu wykorzystywania ich w ramach udzielanej mi przez Fundację pomocy.

TAK*

NIE*

[czytelny podpis]

Niniejsza zgoda obejmuje przetwarzanie Danych osobowych w celu udzielania pomocy w uzyskaniu dostępu do leczenia także innym pacjentom w drodze zbiorowych wystąpień do instytucji publicznych.

TAK*

NIE*

[czytelny podpis]

Niniejsza zgoda obejmuje przetwarzanie Danych osobowych – w tym zawartych w utworzonym przez Fundację rejestrze chorych – chorych celu udzielania pomocy w uzyskaniu dostępu do leczenia, także innym pacjentom, w ramach przekazów kierowanych do publicznej wiadomości (za pośrednictwem mediów) oraz do wiadomości instytucji dotyczących przypadków zachorowań i skuteczności podejmowania leczenia.

TAK*

NIE*

[czytelny podpis]

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 informujemy:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja „Gwiazda Nadziei” z siedzibą w Katowicach, przy ul. Dąbrowskiego 22, NIP: 954-262-38-25, REGON: 240842144, KRS 0000298237, adres email: fundacja@gwiazdanadziei.pl, strona internetowa: gwiazdanadziei.pl;

Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się elektronicznie - za pomocą adresu e-mail IODO@gwiazdanadziei.pl lub pisemnie - wysyłając list na adres siedziby Fundacji z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”.

W jakim celu będą przetwarzane Panią/Pana dane osobowe.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- i. udzielenia Pani/Panu materialnego i niematerialnego wsparcia zgodnego z celami statutowymi Fundacji,
- j. realizacji postanowień zawartego porozumienia (z podopiecznym Fundacji),
- k. uzyskaniu finansowania leczenia ze środków publicznych,

1. archiwizacji dokumentacji.

Dlaczego mogą być przetwarzane Pani/Pana dane osobowe.

Podstawami prawnymi przetwarzania danych osobowych są:

- 1) w zakresie imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, numeru i serii dowodu tożsamości oraz wizerunku, sytuacji rodzinnej i materialnej :
 - niezbędność ich przetwarzania do zawarcia z Panią/Panem porozumienia i jego realizacji (art. 6 ust.1 lit. b rozporządzenia),
 - przetwarzanie jest niezbędne do ochrony Pani/Pana żywotnych interesów (art. 6 ust. 1 lit. d rozporządzenia),
 - prawnie uzasadniony interes realizowany przez Fundację (art. 6 ust. 1 lit. f rozporządzenia), którym jest realizacja i rozliczalność zadań statutowych Fundacji.
- 2) w zakresie danych o stanie zdrowia :
 - przetwarzanie jest niezbędne do ochrony Pani/Pana żywotnych interesów (art. 9 ust. 2 lit. c rozporządzenia),
 - przetwarzanie w ramach uprawnionej działalności Fundacji (art. 9 ust.2 lit. d rozporządzenia),
 - przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (art. 9 ust. 2 lit. f rozporządzenia).

Komu mogą lub będą ujawniane Pani/Pana dane osobowe.

17. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez Fundację (tzn. pracownikom Fundacji, wolontariuszom i innym osobom fizycznym wykonującym zadania na rzecz Fundacji w ramach wymienionych celów).
18. Podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
19. Dostawcom systemów informatycznych i usług IT zapewniających funkcjonowanie Fundacji.
20. Operatorom pocztowym lub kurierom w zakresie danych korespondencyjnych w przypadku korespondencji papierowej.
21. Bankom w zakresie realizacji płatności jeżeli płatność jest realizowana przelewem na konto.
Pkt 6, 7, 8 dotyczy PODOPIECZNYCH -osób, które zawierają stosowne pisemne porozumienie z Fundacją
22. Mediom w zakresie określonym w pkt 2 porozumienia, po wyrażeniu przez Panią/Pana stosownej zgody.
23. Podmiotom współpracującym z Fundacją w zakresie realizacji zawartego z Panią/ Panem porozumienia.
24. Ponadto wszystkim zainteresowanym udzieleniem Pani/Panu pomocy w zakresie objętym porozumieniem.

Jak długo Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, które wynikają z przepisów prawa, w tym obowiązku przechowywania dokumentów księgowych.

Jakie Pani/Panu przysługują prawa.

13. Prawo dostępu do treści swoich danych.
14. Prawo żądania ich sprostowania.
15. Prawo żądania ich usunięcia.
16. Prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania.
17. Prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w zakresie danych, które są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit f rozporządzenia.
18. Prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Czy podanie danych jest wymogiem lub obowiązkiem i co się stanie jeżeli Pani/Pan ich nie podadzą.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże niezbędne do podjęcia działań w celu niesienia pomocy, w tym między innymi opisanych w zawartym porozumieniu z PODOPIECZNYM Fundacji. Bez podania danych osobowych Fundacja nie będzie mogła udzielić Pani/Panu pomocy, w tym realizować postanowień wynikających z zawartego porozumienia.

Czy Pani/Pana dane będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji lub tzw. profilowania.

Nie, Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

Oświadczam, że zapoznałem się z przysługującymi mi uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa. Dane osobowe udostępniam Fundacji „Gwiazda Nadziei” dobrowolnie (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku, tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 730).

Data i czytelny podpis

(*) Należy zaznaczyć tylko jedna opcję (TAK lub NIE)

Wyrażenie zgody w zakresie opisanym pogrubioną czcionką warunkuje przetwarzanie danych przez Fundację a tym samym rozpatrzenie wniosków o wsparcie.

ZAŁĄCZNIK nr 5

..... , dnia

**Do Zarządu Fundacji „Gwiazda Nadziei”
z siedzibą w Katowicach, 40-032
ul. Dąbrowskiego 22**

WNIOSEK O WSPARCIE W ORGANIZACJI DIAGNOSTYKI

Ja, zamieszkały
..... nr PESEL zwracam
się z prośbą o sfinansowanie kosztów związanych z diagnostyką leczenia choroby
.....,
która jest poważnym schorzeniem, uniemożliwiającym właściwe funkcjonowanie,
a moja sytuacja materialna nie pozwala mi na ponoszenie we własnym zakresie i z własnych środków
wysokich kosztów leczenia, z których część nie podlega finansowaniu ze środków publicznych,
bądź jest dostępna w terminach nieakceptowalnych ze względów medycznych.

Data i czytelny podpis

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 informujemy:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja „Gwiazda Nadziei” z siedzibą w Katowicach, przy ul. Dąbrowskiego 22, NIP: 954-262-38-25, REGON: 240842144, KRS 0000298237, adres email: fundacja@gwiazdanadziei.pl, strona internetowa: gwiazdanadziei.pl;

Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się elektronicznie - za pomocą adresu e-mail IODO@gwiazdanadziei.pl lub pisemnie - wysyłając list na adres siedziby Fundacji z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”.

W jakim celu będą przetwarzane Panią/Pana dane osobowe.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- m. udzielenia Pani/Panu materialnego i niematerialnego wsparcia zgodnego z celami statutowymi Fundacji,.
- n. archiwizacji dokumentacji.

Dlaczego mogą być przetwarzane Pani/Pana dane osobowe.

Podstawami prawnymi przetwarzania danych osobowych są:

1) w zakresie imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, numeru i serii dowodu tożsamości oraz wizerunku, sytuacji rodzinnej i materialnej :

- niezbędność ich przetwarzania do zawarcia z Panią/Panem porozumienia i jego realizacji (art. 6 ust.1 lit. b rozporządzenia),
- przetwarzanie jest niezbędne do ochrony Pani/Pana żywotnych interesów (art. 6 ust. 1 lit. d rozporządzenia),
- prawnie uzasadniony interes realizowany przez Fundację (art. 6 ust. 1 lit. f rozporządzenia), którym jest realizacja i rozliczalność zadań statutowych Fundacji.

2) w zakresie danych o stanie zdrowia :

- przetwarzanie jest niezbędne do ochrony Pani/Pana żywotnych interesów (art. 9 ust. 2 lit. c rozporządzenia),

- przetwarzanie w ramach uprawnionej działalności Fundacji (art. 9 ust.2 lit. d rozporządzenia),
- przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (art. 9 ust. 2 lit. f rozporządzenia).

Komu mogą lub będą ujawniane Pani/Pana dane osobowe.

25. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez Fundację (tzn. pracownikom Fundacji, wolontariuszom i innym osobom fizycznym wykonującym zadania na rzecz Fundacji w ramach wymienionych celów).
26. Podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
27. Dostawcom systemów informatycznych i usług IT zapewniających funkcjonowanie Fundacji.
28. Operatorom pocztowym lub kurierom w zakresie danych korespondencyjnych w przypadku korespondencji papierowej.
29. Bankom w zakresie realizacji płatności jeżeli płatność jest realizowana przelewem na konto.
Pkt 6, 7, 8 dotyczy PODOPIECZNYCH -osób, które zawierają stosowne pisemne porozumienie z Fundacją
30. Mediom w zakresie określonym w pkt 2 porozumienia, po wyrażeniu przez Panią/Pana stosownej zgody.
31. Podmiotom współpracującym z Fundacją w zakresie realizacji zawartego z Panią/ Panem porozumienia.
32. Ponadto wszystkim zainteresowanym udzieleniem Pani/Panu pomocy w zakresie objętym porozumieniem.

Jak długo Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, które wynikają z przepisów prawa, w tym obowiązku przechowywania dokumentów księgowych.

Jakie Pani/Panu przysługują prawa.

19. Prawo dostępu do treści swoich danych.
20. Prawo żądania ich sprostowania.
21. Prawo żądania ich usunięcia.
22. Prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania.
23. Prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w zakresie danych, które są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit f rozporządzenia.
24. Prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Czy podanie danych jest wymogiem lub obowiązkiem i co się stanie jeżeli Pani/Pan ich nie podadzą.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże niezbędne do podjęcia działań w celu niesienia pomocy, w tym między innymi opisanych w zawartym porozumieniu z PODOPIECZNYM Fundacji. Bez podania danych osobowych Fundacja nie będzie mogła udzielić Pani/Panu pomocy, w tym realizować postanowień wynikających z zawartego porozumienia.

Czy Pani/Pana dane będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji lub tzw. profilowania.

Nie, Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

Oświadczam, że zapoznałem się z przysługującymi mi uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa. Dane osobowe udostępniam Fundacji „Gwiazda Nadziei” dobrowolnie (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku, tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz.730).

TAK

NIE

Data i czytelny podpis

(* Należy zaznaczyć tylko jedna opcję , niewłaściwą skreślić (TAK lub NIE)

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych warunkuje przetwarzanie danych przez Fundację a tym samym rozpatrzenie wniosków o wsparcie.

Decyzja Zarządu Fundacji (wypełnia Fundacja)

Finansowanie do kwoty... ..zł

Źródło finansowania.....

.....
data i podpisy akceptujących

.....
data wykonania przelewu bankowego