

....., dnia.....

**Do Zarządu Fundacji
im. Darii Trafankowskiej
Al. Ujazdowskie 45
00-536 Warszawa**

**Wniosek
o refinansowanie/sfinansowanie leczenia, terapii, rehabilitacji
lub zakupu sprzętu***(niepotrzebne skreślić)

1. Dane wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

NIP

----------------------	----------------------	----------------------

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

----------------------	----------------------

Adres

Telefon

E-mail

----------------------	----------------------

2. Dane osoby, której wniosek dotyczy – wypełnić w przypadku, gdy jest to inna osoba niż wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

NIP

----------------------	----------------------	----------------------

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

----------------------	----------------------

Adres

Telefon

E-mail

----------------------	----------------------

3. Treść wniosku:

Zwracam się o przyznanie refinansowania/sfinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

.....

6. Data rozpoczęcia procesu leczenia lub rehabilitacji:

.....
7. Data przewidywanego zakończenia procesu leczenia lub rehabilitacji

.....
8. Przewidywany całkowity koszt leczenia, rehabilitacji lub zakupu sprzętu:

.....
9. Kwota refinansowania/sfinansowania o jaką wnioskodawca występuje do Fundacji

.....
miejsowość, data i podpis wnioskodawcy

W załączeniu:

- 1) opinia lekarza specjalisty w dziedzinie obejmującej chorobę lub lekarza rodzinnego, jeżeli ma wgląd w całą dokumentację choroby,
- 2) orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej)-ksero,
- 3) kserokopie dokumentacji medycznej z ostatnich 6 miesięcy,
- 4) oszacowanie kosztu przedmiotu wniosku (turnusu rehabilitacyjnego, zabiegu, leczenia, operacji, sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu ortopedycznego itp.) bądź przedstawienie faktur dokumentujących dotychczas poniesione koszty.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, zawartych w dokumentacji dotyczącej wniosku o refinansowanie/sfinansowanie leczenia lub rehabilitacji, przez Fundację im. Darii Trafankowskiej w celu realizacji zadań statutowych Fundacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
(miejscowość, data, podpis)

Fundacja im. Darii Trafankowskiej informuje, iż:

- 1) *Administratorem danych osobowych jest Fundacja im. Darii Trafankowskiej z siedzibą w Warszawie 00-536, Al.Ujazdowskie45, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego w Warszawie, XXII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000277594.*
- 2) *Fundacja im. Darii Trafankowskiej gromadzi jedynie dane osobowe podane dobrowolnie. Fundacja informuje, że nikt nie ma obowiązku podania swoich danych osobowych, jakkolwiek odmowa podania danych osobowych może skutkować niemożliwością udzielenia odmawiającemu pomocy w ramach zadań statutowych Fundacji im. Darii Trafankowskiej*
- 3) *Każdy, którego dane osobowe gromadzi Fundacja im. Darii Trafankowskiej ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania .*