

NR:	<h2 style="margin: 0;">Wniosek o wsparcie finansowe lub refundację</h2> <p style="margin: 0;">STOWARZYSZENIE KIERUNEK ZDROWIE ul. St. Batorego 17/19, 87-100 TORUŃ NIP: 8792439513 REGON: 340026281 KRS: 0000228104</p>
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Instrukcja wypełniania formularza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formularz należy wypełnić czytelnie, na maszynie, komputerowo lub ręcznie, wielkimi drukowanymi literami, zgodnie z opisem pól.</li> <li>• W polach wyboru należy wstawić X w odpowiednim kwadracie.</li> <li>• Wnioski należy składać wraz z dowodem osobistym.</li> <li>• Wniosek wypełniony niezgodnie z przepisami prawa oraz niezweryfikowany z danymi z dowodu osobistego, pozostawia się bez nadania biegu, nie informując o tym wnioskodawcy.</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>WNIOSKUJĄCY</b>			
1. Imię i nazwisko			
2. Ulica	3. Nr domu	4. Nr lokalu	5. Miejscowość
6. Kod pocztowy	7. Poczta		8. Dowód osobisty seria i numer

<b>PRZEDMIOT WNIOSKOWANIA</b>	
9. Wnioskuje o:	
<input type="checkbox"/> 1. Wsparcie finansowe	<input type="checkbox"/> 2. Refundację kosztów wymienionych w pkt. 3 Regulaminu Przyznawania Środków Pieniężnych Dla Pacjentów Oddziałów Hematologii

<b>OKREŚLENIE DANYCH DO WPLATY ŚRODKÓW</b>
10. Numer Konta i nazwa banku wnioskującego:

<b>CZŁONKOSTWO W ORGANIZACJI KIERUNEK ZDROWIE</b>	
11. Wnioskujący:	<input type="checkbox"/> 1. Jestem członkiem <input type="checkbox"/> 2. Nie należę do Organizacji

<b>OŚWIADCZENIE</b>
<p>Ja niżej podpisany/a, uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego zeznania lub zatajenie prawdy oświadczam, że <b>jestem osobą o niskich dochodach</b>, które ustalane są zgodnie z kryteriami dochodowymi wynikającymi z Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 1 stycznia 2021r. (Dz.U.2020.1876 t.j.). Kryteria dochodowe:</p> <p><input type="checkbox"/> dla osoby samotnie gospodarującej – w wysokości 701 zł,  <input type="checkbox"/> dla osoby w rodzinie – w wysokości 528 zł,  <input type="checkbox"/> kwota dochodu z 1 ha przeliczeniowego – w wysokości 308 zł,</p> <p>LUB</p> <p><input type="checkbox"/> informuję, że w wyniku choroby moja sytuacja finansowa uległa znacznemu pogorszeniu i potrzebuję pomocy finansowej mimo, że <b>moje dochody są wyższe niż wskazane art.233 KK.</b></p>

**Ważne: podpisany regulamin jest warunkiem poprawnego złożenia wniosku.**

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Wnioskującego.

### Wypełnia Skarbnik:

\_\_\_\_\_  
Data przyjęcia wniosku.

\_\_\_\_\_  
Data wypłaty środków lub odrzucenia wniosku.

---

## **REGULAMIN PRZYZNAWANIA ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH DLA PACJENTÓW ODDZIAŁÓW HEMATOLOGII**

---

### **1**

Celem wsparcia finansowego z Organizacji Kierunek Zdrowie jest pomoc w leczeniu, rehabilitacji, rozwoju, przysposabianiu do samodzielnego życia, oraz pomoc w innych trudnych sytuacjach życiowych Pacjentów chorych na choroby raka krwi.

### **2**

Przyznane środki mogą być wydane na:

- a) leczenie Podopiecznego oraz wydatki z tym związane, zakup leków i środków medycznych,
- b) rehabilitację Podopiecznego
- c) zakup sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego dla Podopiecznego
- d) finansowanie lub dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym
- e) finansowanie lub dofinansowanie operacji i kosztów z nią związanych

W szczególnych przypadkach innych niż w/w wydatków konieczne jest zatwierdzenie tego przez Organizację Kierunek Zdrowie. Decyzję o przyznaniu refundacji w oparciu o niniejszy Regulamin podejmuje Zarząd. Wątpliwości dotyczące wpłat rozstrzygane są na podstawie dowodów wpłat.

### **3**

Organizacja nie pobiera od Podopiecznego ani od osób reprezentujących Podopiecznego oraz Darczyńców żadnych opłat ani prowizji.

### **4**

Sposób wnioskowania: Pacjent składa wniosek o refundację kosztów lub wniosek o wsparcie finansowe podając aktualne i prawdziwe dane osobowe wraz z numerem konta do przelewu środków oraz uzasadnieniem potrzeby.

W przypadku braku konta dopuszcza się wykorzystanie przekazów pieniężnych oraz pojedyncze przekazanie środków w gotówce. Środki przekazywane w gotówce nie mogą przekroczyć kwoty 250 zł.

Wzór składanego wniosku możliwy jest do pobrania ze strony [www.kierunekzdrowie.org](http://www.kierunekzdrowie.org) w zakładce *O nas* > sekcja *Dokumenty*.

### **5**

Refundacja następuje na wniosek Podopiecznego lub osób reprezentujących Podopiecznego na podstawie oryginałów faktur lub rachunków dotyczących kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu medycznego, operacji, turnusów rehabilitacyjnych i innych opisanych w pkt.

3, które należy przesać do siedziby Organizacji. Faktury i rachunki przesyłane do Organizacji należy podpisać ręcznie na odwrocie imieniem, nazwiskiem pacjenta wraz z wnioskiem o refundację.

## 6

Podopieczny lub osoby reprezentujące Podopiecznego, będąc świadomym odpowiedzialności na podawanie fałszywych danych, wnosząc o pomoc Organizacji oświadczają, że przedstawione przez nich informacje są prawdziwe.

## 7

Podpisanie wniosku do Organizacji jest równoznaczne z akceptacją i podpisaniem niniejszego Regulaminu, który stanowi porozumienie z Organizacją. Porozumienie jest zawarte jeśli decyzja Zarządu jest pozytywna.

## 8

Fundacja posiada status organizacji pożytku publicznego. Wpłaty 1% podatku Fundacja przyjmuje według ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. nr 96, poz. 873 z późn. zm.).

## 9

Uczestnicząc w procesie wnioskowania i po pozytywnym rozpatrzeniu Państwa przypadku Organizacja staje się administratorem Państwa Danych Osobowych, zgodnie z obowiązującym prawem złożenie wniosku jest jednoznaczne z wyrażeniem poniższych zgód:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000) w związku z realizacją wniosku i jego rozliczeniem. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przetworzenia i rozpatrzenia sprawy, a także dla dopełnienia ustawowych rozliczeń księgowych.

Zostałem /am poinformowany /a, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Administratorem zebranych danych osobowych jest Stowarzyszenie Kierunek Zdrowie z siedzibą pod adresem ul. S. Batorego 17/19 w Toruniu.

---

Czytelny podpis Wnioskującego.