

WNIOSEK
O OBJĘCIE OPIEKĄ
FUNDACJA „OSTATNIA WARTA”

1. Dane Pacjenta (Podopiecznego):

Imię i nazwisko:, PESEL:,

Rozpoznana choroba / Diagnoza medyczna:,

.....

Miejsce przebywania (adres domowy / nazwa szpitala i oddział / hospicjum):

.....

Sala/pokój (jeśli dotyczy):

2. Dane osoby zgłaszającej (jeśli inna niż Pacjent):

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

3. Rodzaj oczekiwanej pomocy i krótki opis potrzeb: (prosimy opisać, jakiego wsparcia Państwo oczekują, np. zapotrzebowanie na darmową pomoc wolontariusza lub wsparcie i obecność przy osobie chorej/samotnej „Sitting Service”. Prosimy wskazać preferowane godziny odwiedzin/wizyt oraz jeśli dotyczy opisać zapotrzebowanie na pomoc rzeczowo-finansową – np. dofinansowanie zakupu leków, sprzętu medycznego, koszty dojazdów na leczenie, specjalistycznego żywienia itp.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi i inne ważne informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczenie i Zgoda (RODO): Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dotyczących stanu zdrowia (dane wrażliwe) przez **Fundacja "Ostatnia Warta"** z siedzibą w Gdańsku (**KRS: 0001224367**), w celu rozpatrzenia wniosku, organizacji oraz świadczenia pomocy statutowej (w tym wsparcia wolontaryjnego i/lub rzeczowo-finansowego). Zostałem poinformowany o prawie wglądu do swoich danych, ich poprawiania oraz wycofania zgody w dowolnym momencie.

.....

Data i czytelny podpis Pacjenta (lub opiekuna prawnego):