

WNIOSEK O OBJĘCIE OPIEKĄ FUNDACJA „OSTATNIA WARTA”

1. Dane Pacjenta (Podopiecznego): Imię i nazwisko:

.....

Rozpoznana choroba / Diagnoza medyczna / Orzeczenie o niepełnosprawności:

.....

.....

PESEL:, Miejsce przebywania (adres domowy / nazwa szpitala i

oddział / hospicjum / DPS):

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, wsparcie i obecność przy osobie chorej/samotnej, pomoc w aktywizacji seniora, wsparcie w rehabilitacji społecznej. Prosimy wskazać preferowane godziny wizyt. Jeśli wnioskują Państwo o pomoc finansową lub rzeczową, np. dofinansowanie leków, rehabilitacji, zakup sprzętu medycznego, pokrycie kosztów transportu specjalistycznego itp. – prosimy to tu zaznaczyć.)*

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi i inne ważne informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczenie i Zgoda (RODO): Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dotyczących stanu zdrowia (dane wrażliwe) przez Fundację "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.

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna)