

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**Fundacji Prokuratorów i Pracowników Prokuratury im. Ireny Babińskiej**

**I. IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY**.....

.....

ULICA.....

KOD POCZTOWY.....

MIEJSCOWOŚĆ.....

NUMER TELEFONU.....

ADRES E – MAIL.....

MIEJSCE PRACY (w przypadku emerytów, rencistów, osób w stanie spoczynku ostatnie miejsce pracy) .....

STANOWISKO.....

**II. IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓREJ PROŚBA DOTYCZY** (w przypadku, gdy jest to wnioskodawca – wpisać „wnioskodawca”)

.....

.....

POKREWIEŃSTWO Z WNIOSKODAWCĄ.....

ULICA.....

KOD POCZTOWY.....

MIEJSCOWOŚĆ.....

DATA URODZENIA.....

**III. SCHORZENIE/EDUKACJA** (podać opis schorzenia\* albo opis zdarzenia o charakterze edukacyjnym stanowiącego podstawę pomocy;

\*wpisać informacje z dokumentacji lekarskiej, tj. rozpoznanie schorzenia, przebieg leczenia itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IV. RODZAJ WNIOSKOWANEJ POMOCY (należy wybrać rodzaj pomocy wskazanej w pkt 1,2 lub 3 – niewłaściwe skreślić)**

- 1. POMOC DO LECZENIA\* (proszę zaznaczyć właściwy punkt oraz wpisać rodzaj i datę zdarzenia stanowiącego podstawę pomocy, miejsce wykonania, instytucję wykonującą wraz adresem; w przypadku refundacji poniesionych kosztów wpisać dodatkowo numer i datę faktury lub rachunku, przez kogo wydana, na jaką kwotę, za co). *\*możliwe jest zaznaczenie więcej niż jednej opcji*

- DOFINANSOWANIE DO WIZYT LEKARSKICH I KONSULTACJI MEDYCZNYCH PRZYSZŁYCH.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
- DOFINANSOWANIE DO REHABILITACJI PRZYSZŁEJ.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
- DOFINANSOWANIE DO OPERACJI/ZABIEGU PRZYSZŁEJ.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
- DOFINANSOWANIE DO BADAŃ PRZYSZŁYCH .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
- DOFINANSOWANIE DO PRZYSZŁEGO ZAKUPU LEKÓW .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
- DOFINANSOWANIE DO PRZYSZŁEGO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- REFUNDACJA PONIESIONYCH KOSZTÓW WIZYT LEKARSKICH I KONSULTACJI MEDYCZNYCH.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- REFUNDACJA PONIESIONYCH KOSZTÓW REHABILITACJI.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- REFUNDACJA PONIESIONYCH KOSZTÓW OPERACJI/ZABIEGU.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- REFUNDACJA PONIESIONYCH KOSZTÓW BADAŃ .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
- REFUNDACJA PONIESIONYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
- REFUNDACJA PONIESIONYCH KOSZTÓW SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. POMOC ZWIĄZANA Z EDUKACJĄ (proszę zaznaczyć właściwy punkt oraz wpisać rodzaj i datę zdarzenia stanowiącego podstawę pomocy, miejsce wykonania, instytucję wykonującą wraz adresem; w przypadku refundacji poniesionych kosztów wpisać numer i datę faktury lub rachunku, przez kogo wydana, na jaką kwotę, za co; PROSZĘ PODAĆ INFORMACJĘ, CZY EDUKACJA JEST ZWIĄZANA Z WYKONYWANĄ PRACĄ I CZY JEST DLA NIEJ NIEZBĘDNA I DLACZEGO)

- DOFINANSOWANIE DO SZKOLENIA PRZYSZŁEGO.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- DOFINANSOWANIE DO STUDIÓW PRZYSZŁYCH .....  
.....  
.....  
.....



.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**V. CZY KORZYSTALI JUŻ PAŃSTWO Z POMOCY FUNDACJI (niewłaściwe skreślić)**

**NIE**

**TAK** (podać ile razy, datę, rodzaj pomocy, wysokość pomocy) .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VI. OPIS SYTUACJI MATERIALNO – BYTOWEJ (podać wysokość zarobków wszystkich osób w rodzinie, ilość osób na utrzymaniu, średni dochód na osobę w rodzinie, wysokość zobowiązań) .....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VII. ZAŁĄCZNIKI**

(obowiązkowo należy wskazać i dołączyć dokumenty potrzebne do rozpoznania wniosku wskazane w załączniku nr 1, formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych załącznik nr 2 i formularz rozliczenia kosztów załącznik nr 3)

.....  
.....  
.....  
.....

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

## ***OŚWIADCZENIE***

Oświadczam, że wszystkie dane podane w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że znane mi są zasady przyznawania pomocy podane na stronie internetowej [www.fundacjaprokuratura.pl](http://www.fundacjaprokuratura.pl) (w tym informacja o zobowiązaniu podatkowym po stronie obdarowanego)

Oświadczam, że przejąłem/łam do wiadomości, że podpisanie i odesłanie kwestionariusza nie jest jednoznaczne z przydzieleniem pomocy finansowej ze strony Fundacji. Dopelnienie niniejszej formalności umożliwia jedynie dalsze rozpatrywanie wniosku.

Oświadczam, że przejąłem/łam do wiadomości, że ostateczne rozliczenie udzielonej pomocy następuje wyłącznie po przedłożeniu przez wnioskodawcę oryginałów dokumentów księgowych tj. faktur i rachunków ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji

.....

(data i podpis wnioskodawcy)



**DOKUMENTY POTRZEBNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU - FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BĘDZIE ROZPATRYWANY WYŁĄCZNIE WTEDY, GDY ZOSTANIE DOŁĄCZONY DO NIEGO KOMPLET WYMAGANYCH DOKUMENTÓW \***

*\*dokumenty wskazane poniżej są dokumentami niezbędnymi do rozpoznania wniosku. Ostateczne rozliczenie udzielonej pomocy następuje WYŁĄCZNIE po przedłożeniu przez wnioskodawcę oryginałów dokumentów księgowych tj. faktur i rachunków. Faktura pro forma oraz paragon dołączane do wniosku mają charakter wyłącznie informacyjny i nie są uznane za dokument rozliczający pomoc.*

#### 1. DOKUMENTACJA DOT. POMOCY DO LECZENIA

W PRZYPADKU DOFINANSOWANIA DO WIZYT LEKARSKICH I KONSULTACJI MEDYCZNYCH PRZYSZŁYCH ORAZ BADAŃ

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę
- skierowania
- faktura pro forma wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji (w przypadku niemożności uzyskania faktury pro forma – inny dokument potwierdzający konieczność odbycia wizyt/konsultacji/badań i ich koszt)
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2) podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie, pozostające w gospodarstwie domowym

W PRZYPADKU REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW WIZYT LEKARSKICH I KONSULTACJI MEDYCZNYCH ORAZ BADAŃ

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę
- faktura lub rachunek
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby

bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)

- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU DOFINANSOWANIA DO PRZYSZŁEGO ZAKUPU LEKÓW

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i konieczność przyjmowania leków
- faktura pro forma wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji (w przypadku niemożności uzyskania faktury pro forma na zakup leków z apteki – kopie recept bądź innego dokumentu potwierdzającego rodzaj przyjmowanych leków i ich koszt)
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i koszty leczenia
- faktura lub rachunek
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU DOFINANSOWANIA DO REHABILITACJI PRZYSZŁEJ

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę oraz konieczność rehabilitacji
- kosztorys rehabilitacji
- faktura pro forma wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności

- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW REHABILITACJI

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę oraz konieczność rehabilitacji
- faktura lub rachunek
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU DOFINANSOWANIA DO PRZYSZŁEGO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO I MEDYCZNEGO

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę
- faktura pro forma wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO I MEDYCZNEGO

- faktura wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności

- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU DOFINANSOWANIA DO PRZYSZŁEJ OPERACJI/ZABIEGU

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i konieczność przeprowadzenia zabiegu
- faktura pro forma wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW OPERACJI/ZABIEGU

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i konieczność przeprowadzenia zabiegu
- faktura (pro forma) wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- zaświadczenie określające termin wykonania świadczenia objętego dofinansowaniem przez NFZ lub zaświadczenie o odmowie dofinansowania świadczenia zdrowotnego przez NFZ
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

## 2. DOKUMENTACJA DOT. EDUKACJI

#### W PRZYPADKU DOFINANSOWANIA PRZYSZŁYCH KOSZTÓW SZKOLEŃ I STUDIÓW

- zaświadczenie o statusie studenta
- zaświadczenie o przyjęciu na szkolenie oraz zgodzie przełożonego na odbycie szkolenia

- faktura (pro forma) wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie ze wskazaniem, że płatnikiem jest fundacja lub na dane fundacji
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### W PRZYPADKU REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW SZKOLEŃ I STUDIÓW

- zaświadczenie o statusie studenta
- zaświadczenie o przyjęciu na szkolenie oraz zgodzie przełożonego na odbycie szkolenia
- faktura lub rachunek
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 2)

#### ROZLICZENIE POMOCY

Wnioskodawca jest zobowiązany do przedłożenia **ORYGINAŁÓW** dokumentów potwierdzających wydanie środków finansowych udzielonych przez Fundację zgodnie z przeznaczeniem w tym faktur i rachunków wystawionych na dane wnioskodawcy z informacją, że płatnikiem jest Fundacja lub wystawionych na dane Fundacji w terminie do 30 dni od daty wykonania przedmiotu pomocy.

W przypadku pomocy kwartalnej wnioskodawca jest zobowiązany do przedłożenia **ORYGINAŁÓW** dokumentów potwierdzających wydanie środków finansowych udzielonych przez Fundację zgodnie z przeznaczeniem w tym faktur i rachunków wystawionych na dane wnioskodawcy z informacją, że płatnikiem jest Fundacja lub wystawionych na dane Fundacji w terminie do dnia 14 dnia miesiąca następującego po zakończeniu kwartału

Rozliczenia dokonuje się na formularzu zestawienia kosztów stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego formularza

**FORMULARZ ZGODY**

Niniejszy kwestionariusz jest wypełniany w celu wyrażenia zgody na zbieranie i przetwarzanie Państwa danych osobowych w tworzonym zbiorze danych „Fundacji Prokuratorów i Pracowników Prokuratury im. Ireny Babińskiej” (dalej Fundacja) z siedzibą w Katowicach, ul. Wita Stwosza 31 w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji.

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

.....

Fundacja Prokuratorów i Pracowników Prokuratury im. Ireny Babińskiej

ul. Wita Stwosza 31

40-042 Katowice

Informujemy, iż:

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest „Fundacja Prokuratorów i Pracowników Prokuratury im. Ireny Babińskiej” z siedzibą w Katowicach, ul. Wita Stwosza 31, 40-042 Katowice, dalej zwana Fundacją. Kontakt z Fundacją możliwy jest pod następującymi adresami:

Andrzej Siemieniuk - Prezes Zarządu

e-mail: a.siemieniuk@op.pl

Joanna Nawara - Wiceprezes Zarządu, Skarbnik

e-mail: joannanawara@gmail.com

Joanna Skrzypczyńska – Członek Zarządu

e-mail: skrzypczynska@o2.pl

Lucyna Szczepaniak – Członek Zarządu

e-mail: szczepaniaklucyb@gmail.com

Katarzyna Lenczowska-Soboń – Członek Zarządu

e-mail: kasialencz@gmail.com

2) Państwa dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Fundację w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji, w tym:

- niesienie pomocy osobom dotkniętym schorzeniami, oczekującym na trudne, bądź drogie zabiegi medyczne,

- niesienie pomocy osobom podnoszącym swoje kwalifikacje służbowe będącym w trudnej sytuacji materialnej

(statut określający wszystkie cele i zasady działania fundacji dostępny jest na stronie internetowej [www.fundacja.prokuratura.pl](http://www.fundacja.prokuratura.pl))

- oraz celach rachunkowych.

3) Podstawą przetwarzania danych jest zgoda lub ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, a w przypadku, gdy jest ona fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody.

4) Odbiorcami Państwa danych osobowych są wyłącznie Członkowie Zarządu Fundacji oraz osoba zatrudniona do wykonywania zadań księgowych.

5) Dane osobowe zawarte w przekazanej dokumentacji będą przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia roku podatkowego, w którym nastąpiła realizacja celów określonych w pkt. 2, zgodnie z przepisami o rachunkowości.

6) Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (poprzez oświadczenie przesłane tym samym kanałem komunikacji co niniejszy dokument) bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, przy czym cofnięcie zgody przed dokonaniem finansowania związanego z realizacją celów statutowych Fundacji równoznaczne jest z wycofaniem wniosku o pomoc.

7) Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8) Gromadzone są jedynie dane osobowe podane przez Państwa dobrowolnie. Fundacja uprzejmie informuje, iż nie mają Państwo obowiązku podania swoich danych osobowych, jednakże odmowa ich podania może uniemożliwić wykonanie wobec Państwa statutowych obowiązków Fundacji.

9) Zgromadzone dane podlegają starannej ochronie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-a) o celach pozyskania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez „Fundację Prokuratorów i Pracowników Prokuratury im. Ireny Babińskiej” z siedzibą w Katowicach, ul. Wita Stwosza 31, 40-042 Katowice. w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

.....  
data i podpis osoby, której prośba dotyczy\*

\*podpis osoby, której prośba dotyczy jest wymagany, gdy jest ona osobą posiadającą pełną lub ograniczoną zdolność do czynności prawnych i stan jej zdrowia umożliwia świadome podejmowanie decyzji

Fundacja Prokuratorów i Pracowników Prokuratury  
im. Ireny Babińskiej  
ul. Wita Stwosza 31  
40-042 Katowice  
NIP: 954-262-09-33

Imię i Nazwisko ..... dn. ....  
Adres.....  
Telefon / e-mail.....

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW REFUNDACJI**

Zwracam się z prośbą o zwrot / rozliczenie kosztów dotyczących

.....  
(np. leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu, leków i innych)  
.....  
.....

( imię i nazwisko obdarowanego)

Wg. przedstawionego zestawienia

- 1. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
- 2. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
- 3. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
- 4. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
- 5. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
- 6. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
- 7. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
- 8. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....



9. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
10. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
11. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
12. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
13. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
14. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
15. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
16. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
17. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
18. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
19. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....
20. Faktura nr ..... z dnia ..... kwota.....

**SUMA:** .....

Do wniosku załączam faktury/ rachunki:.....egz.

Kwotę refundacji proszę przekazać na podane poniżej konto bankowe:

.....  
 .....

(nazwa i adres Banku, numer konta)

lub

Proszę o rozliczenie kwoty refundacji w wysokości .....

.....

(data i podpis)