

DATA WPŁYWU WNIOSKU

SYGNATURA WNIOSKU

Fundacja TAURON
ul. ks. Piotra Ściegiennego 3
40-114 Katowice



Uwaga!

Wypełnienie wniosku nie oznacza udzielenia darowizny.

Wniosek jest niezbędny do uruchomienia procedury rozpatrzenia go przez Fundację TAURON.

WNIOSEK O UDZIELENIE DAROWIZNY OSOBIE FIZYCZNEJ ZE ŚRODKÓW FUNDACJI TAURON

I. Dane Wnioskodawcy (osoba pełnoletnia):

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| Imię i nazwisko: | Adres korespondencyjny: |
| Nr PESEL | Telefon kontaktowy: / adres e-poczty: |

1. Jestem pracownikiem / byłym pracownikiem spółki GRUPY TAURON

NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy o podanie nazwy spółki z Grupy TAURON:

| |
|--|
| |
|--|

2. Czy Wnioskodawca otrzymał w ostatnich 12 miesięcy dofinansowanie ze środków Fundacji TAURON ?

| X | Kwota | Uchwała/rok | Cel |
|----|-------|-------------|-----|
| 1. | | | |
| 2. | | | |

3. Czy Wnioskodawca rozliczył się z przyznanych środków?

| |
|--|
| |
|--|

4. Czy Wnioskodawca otrzymał w ostatnich 12 miesięcy dofinansowanie lub darowiznę od innej instytucji, fundacji, stowarzyszenia, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych ?

| X | Kwota | Rok | Cel | Nazwa: instytucji/fundacji/ stowarzyszenia/ zakładu pracy |
|----|-------|-----|-----|--|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |

II. Szczegóły wnioskowanego wsparcia/dotacji.

1. Kwota o jaką Wnioskodawca występuje ze wskazaniem jej przeznaczenia¹: (słownie:)

| | | |
|---|--|------------|
| Koszt całkowity | | PLN |
| Uzyskane wsparcie finansowe z innych źródeł | | PLN |
| Udział własny | | PLN |

¹ Zarząd Fundacji podejmuje decyzję o wysokości darowizny, a podana kwota stanowi jedynie wyraz oczekiwań wnioskodawcy.

2. Cel darowizny (prosimy o podanie celu zgodnego z działalnością statutową Fundacji) :

3. Uzasadnienie: (prosimy o krótkie uzasadnienie celu, na jaki ma być przyznana darowizna)

4. Łączny miesięczny dochód na jedną osobę w rodzinie:

.....
(data i podpis składającego oświadczenie/wniosek)

III. Klauzula zgody i klauzula informacyjna.

Ja, niżej podpisany(a),, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Fundację TAURON z siedzibą w Katowicach, przy ul. ks. Piotra Ściegiennego 3**, wszelkich podanych przeze mnie w formularzu niniejszego wniosku, a także w załączonych dokumentach danych osobowych moich (i ewentualnie mojego dziecka/podopiecznego — jeżeli wynika to z treści wniosku): imię i nazwisko, adres do korespondencji, nr w PESEL, telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej, zaświadczenia o zarobkach, deklaracje podatkowe, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, decyzje o udzieleniu dofinansowania, karty informacyjne leczenia i inne dokumenty uzasadniające potrzebę wsparcia przez Fundacji TAURON;
w celu rozpatrzenia wniosku o udzielenie wsparcia, tj. oceny zasadności udzielenia dofinansowania i ewentualnie jego wysokości; a także wykazania słuszności podjętej decyzji w przedmiocie udzielenia dotacji.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie/wniosek)

1. Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym wniosku (i w załączonych do niego dokumentach) jest **Fundacja TAURON z siedzibą w Katowicach, przy ul. ks. Piotra Ściegiennego 3, www.fundacjatauron.pl**. Administrator powołał inspektora ochrony danych osobowych, z którym mogę się skontaktować kierując korespondencję pod adres siedziby lub elektronicznie pod adres **ft.iod@tauron.pl**.
2. Dane osobowe wnioskodawcy podane w niniejszym wniosku, a także w załączonych dokumentach (i ewentualnie jego dziecka/podopiecznego — jeżeli wynika to z treści wniosku), w tym: imię i nazwisko, adres do korespondencji, nr w PESEL, telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej, zaświadczenia o zarobkach, deklaracje podatkowe, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, decyzje o udzieleniu wsparcia, karty informacyjne leczenia i inne dokumenty uzasadniające potrzebę wsparcia; będą przetwarzane na podstawie zgody wnioskodawcy, w celu opisanym w wyrażonej zgodzie, przez okres do 2 lat od rozpatrzenia wniosku, a w wypadku wycofania zgody dane w postaci imienia i nazwiska, adresu do korespondencji, nr w PESEL, telefonu kontaktowego, adresu poczty elektronicznej będą przetwarzane na podstawie interesu Administratora w celu sporządzenia sprawozdania rocznego przez okres do 2 lat od rozpatrzenia wniosku.
3. Podanie danych jest dobrowolne — lecz niezbędne do rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie.
4. Wnioskodawca ma prawo do dostępu do swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia danych i prawo sprzeciwu wobec przetwarzania. **W celu realizacji praw można kontaktować się z Administratorem pod adresem jak w pkt. 1**
5. Wnioskodawca ma również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Odbiorcami danych mogą być:
 - inni administratorzy przetwarzający dane we własnym imieniu — np. podmioty prowadzące działalność pocztową lub kurierską, podmioty współpracujące z Administratorem przy obsłudze spraw księgowych, podatkowych, prawnych;
 - przetwarzający dane w imieniu Administratora — np. świadczące usługi informatyczne i internetowe (Tauron Obsługa Klienta Sp. z o. o.).
7. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, a dane osobowe wnioskodawcy nie będą podlegały profilowaniu.
8. Państwa dane osobowe mogą być przekazane jedynie do państw trzecich w stosunku do których decyzją Komisji Europejskiej stwierdzono odpowiedni stopień ochrony danych lub zawarto w umowach z tymi podmiotami standardowe klauzule ochrony danych..

Szczegółowa informacja dla Wnioskodawcy dostępna jest pod adresem **www.fundacjatauron.pl/rodo**.

ZAŁĄCZNIKI (zaznaczyć właściwe):

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę, potrzeby chorego oraz koszty leczenia | <input type="checkbox"/> Kserokopia decyzji o dofinansowaniu z innych instytucji/fundacji |
| Dokumenty finansowe: <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> Kserokopie kart informacyjnych ze szpitala (z ostatniego okresu: 12 miesięcy) |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> Kserokopia decyzji PCPR/PFRON/NFZ |
| | <input type="checkbox"/> Potwierdzenie rezerwacji turnusu rehabilitacyjnego |
| | <input type="checkbox"/> Inne (jakie) |