

Do załącznika nr 1 Regulaminu – wniosek o udzielenie pomocy dla Pracowników i Członków rodziny Pracownika w trudnej sytuacji życiowej

Dane Wnioskodawcy	
Nazwisko i imię	
Adres	
PESEL (w przypadku braku: rodzaj i numer dokumentu tożsamości)	
Podmiot zatrudniający (z grupy LUX MED)	
Zajmowane stanowisko	
Jednostka organizacyjna	
Telefon kontaktowy* (w celu usprawnienia kontaktu)	
Adres e-mail	

WNIOSEK

o udzielenie pomocy przez Fundację LUX MED im. dr Joanny Perkowicz

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie pomocy z powodu trudnej sytuacji życiowej.

Forma wnioskowanej pomocy (zaznaczyć właściwe):

- A. pomoc finansowa w postaci opłacania w faktur za usługi medyczne i rehabilitacyjne, operacje i zabiegi medyczne, badania lekarskie, konsultacje lekarskie, terapie psychologiczne tylko na podstawie oryginałów faktur lub rachunków przesłanych do Fundacji,
- B. pomoc finansowa w postaci opłacania leków, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego (materiałów medycznych, artykułów higienicznych i pielęgnacyjnych) tylko na podstawie oryginału faktur lub rachunków przesłanych do Fundacji,
- C. pomoc finansowa w postaci dofinansowania zakupu leków, materiałów medycznych, artykułów higienicznych i pielęgnacyjnych, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego – przekazane bezpośrednio podopiecznemu (na rachunek przez niego wskazany),
- D. pomoc finansowa w postaci opłacania lub dofinansowania transportu medycznego;
- E. inna pomoc finansowa, nie objęta zakresem pkt. A-D,
- F. pomoc rzeczowa: w postaci zakupu leków, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego oraz ich nieodpłatne przekazanie Podopiecznym,

- G. pomoc rzeczowa w postaci pozyskiwania leków, w tym w ramach programów badań klinicznych oraz ich nieodpłatne przekazanie Podopiecznym,
- H inna pomoc rzeczowa, nie objęta zakresem pkt. F-G,
- I pomoc organizacyjna w postaci wsparcia w objęciu opieką medyczną/rehabilitacyjną Podopiecznego w podmiotach leczniczych w Grupie LUX MED, jak również poza Grupą LUX MED, adekwatnie do stanu zdrowia i zaawansowania choroby,
- J. pomoc organizacyjna w postaci objęcia Podopiecznego opieką medyczną, w ramach programów zdrowotnych, jak również programów badawczych np. badań klinicznych realizowanych w Grupie LUX MED lub pomiotach poza Grupą LUX MED.,
- K. pomoc organizacyjna w postaci pozyskiwania leków, w tym w ramach programów badawczych, np. badań klinicznych prowadzonych w Grupie LUX MED lub w podmiotach poza Grupą LUX MED,
- L. inna pomoc organizacyjna, nie objęta zakresem pkt. I-K.

Wymagane dokumenty:

- Pkt A-L (w każdym przypadku): oświadczenie o dochodach, oświadczenie odnośnie zatrudnienia w Grupa LUX MED oraz wskazujących na relacje pokrewieństwa z Członkami rodziny.
- Pkt. A -dokumenty potwierdzających wysokość zapłaconych przez Podopiecznego kosztów (potwierdzenie przelewu) faktury/ rachunki opłacone przez Podopiecznego) z tytułu świadczonych usług medyczne i rehabilitacyjne, operacje i zabiegi medyczne, badania lekarskie, konsultacje lekarskie, terapie psychologiczne powinny zostać wystawione na Podopiecznego; w przypadku faktur/ rachunków, z których nie wynika, że należność została uregulowana, należy dołączyć potwierdzenie zapłaty,
- Pkt. B - dokumenty potwierdzających wysokość zapłaconych przez Podopiecznego kosztów (potwierdzenie przelewu)faktury/ rachunki opłacone przez Podopiecznego) z tytułu zakupu leków, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego (materiałów medycznych, artykułów higienicznych i pielęgnacyjnych); w przypadku faktur/ rachunków, z których nie wynika, że należność została uregulowana, należy dołączyć potwierdzenie zapłaty,
- Pkt C- E w przypadku odpłatności częściowej (częściowego dofinansowania/ zapłaty przez Fundację na rachunek dostawcy usług lub sprzedawcy sprzętu, wyrobów medycznych etc.) Fundacja uzgodni wspólnie z Podopiecznym i sprzedawcą usług/ sprzętu sposób określenia zobowiązania Fundacji do pokrycia kosztów i rozliczenia (w tym fakturowania) z tego tytułu, Podopieczny jest zobowiązany do przekazania także skanów dokumentów potwierdzających łączną wysokość kosztów poniesionych z tego tytułu.
- Pkt A—L formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie, pozostające w gospodarstwie domowym.

Lista Członków rodziny objętych wnioskiem (wraz z ich podpisami lub podpisami rodziców):

Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa	Numer konta do przekazania pomocy	Miejsce na podpis

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania pomocy społecznej przez Fundację Lux Med im. dr Joanny Perkowicz i akceptuję jego treść;
- jestem w trudnej sytuacji życiowej;
- spełniam kryteria (oraz wszyscy Członkowie rodziny, którzy są objęci wnioskiem) wskazane w Regulaminie udzielania pomocy społecznej przez Fundację Lux Med im. dr Joanny Perkowicz, w tym w szczególności w pkt 2.1 Załącznika nr 1;
- Członkowie rodziny objęci wnioskiem spełniają kryteria pokrewieństwa/powinowactwa wskazane w pkt 2 lit e) Regulaminu;
- informacje zawarte w niniejszym wniosku są w pełni zgodne z prawdą i jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych danych skutkować będzie odpowiedzialnością karną z art. 286 § 1 Kodeksu karnego, stanowiącego: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Podpis wnioskodawcy

tę część wypełnia Zarząd Fundacji Lux Med

Decyzja:

- Wniosek rozpatrzony w całości pozytywnie
- Wniosek rozpatrzony w całości negatywnie
- Wniosek rozpatrzony w części pozytywnie: _____

Zarząd Fundacji:

Dorota Sawicz

Barbara Gad-Karpierz

Administratorem Twoich danych osobowych jest Fundacja LUX MED im. dr Joanny Perkowicz z siedzibą w Warszawie (02-676) ul. Postępu 21C (dalej jako „Fundacja”). Twoje dane zawarte we wniosku przetwarzane są związku ze zgłoszeniem w zakresie chęci objęcia przez Fundację pomocą społeczną dla Pracowników i Członków rodziny w trudnej sytuacji życiowej. Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego wraz z informacją o przysługujących Ci prawach, została dołączona do formularza zgody a także dostępna jest na stronie internetowej LUX MED w zakładce Fundacja.