**Miejscowość i data** …………….……………………..

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE/SFINANSOWANIE PRZEDSIĘWZIĘCIA REALIZOWANEGO ZE ŚRODKÓW POZOSTAJĄCYCH W DYSPOZYCJI ZASP W RAMACH DZIAŁALNOŚCI SOCJALNEJ, KULTURALNEJ LUB EDUKACYJNEJ**

**PROGRAM SOCJALNY**

**WNIOSEK**

o świadczenia zdrowotne i rehabilitacyjne realizowane na rzecz beneficjentów znajdujących się w trudnej sytuacji zdrowotnej

|  |
| --- |
| *(wypełnia Komisja)*  Data wpływu do ZASP: …………………………….…..  Decyzja Komisji ds. działalności socjalnej, kulturalnej lub edukacyjnej …………………………………………………………………………………………………  kwota zł ………………………………………………………..…………………………..…. |

*(wypełnia wnioskodawca)*

Członek ZASP

Uprawniony

1. Ilość otrzymanych świadczeń w ramach programu socjalnego:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Dane wnioskodawcy:
2. Imię i nazwisko ..............................................................................................................
3. adres korespondencyjny (ulica, nr domu, lokalu, kod pocztowy, miejscowość, kraj):

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

1. e-mail: ………………………………………………………………………………….
2. nr telefonu: ………………………………………………………………….
3. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

1. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel):
2. Imię i nazwisko ..............................................................................................................
3. adres korespondencyjny (ulica, nr domu, lokalu, kod pocztowy, miejscowość, kraj):

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

1. e-mail:

………………………………………………………………………………………………..

1. nr telefonu: …………………………………………………………………………...
2. Zwracam się z prośbą o dofinansowanie/sfinansowanie/zwrot kosztów świadczenia

zdrowotnego/rehabilitacyjnego (właściwie podkreślić):

Uzasadnienie: ………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. Jako udokumentowanie przedstawionej powyżej sytuacji załączam następujące dokumenty:
2. .............................................................................................................................................
3. ….........................................................................................................................................
4. ….........................................................................................................................................
5. Przyjmuję do wiadomości, że (i) planowane wydatki lub zwrot kosztów już poniesionych dotyczą wydatków rzeczywiście poniesionych (udokumentowanych), (ii) nie ma przy tym znaczenia czy wydatki przyniosły zamierzony skutek, tzn. zastosowana terapia, metoda leczenia, rehabilitacja, usprawnianie doprowadziły do poprawy stanu zdrowia beneficjenta.

Załączniki obowiązkowe:

1. **Oświadczenie podatnika**

…………………………………… …………………………………..

***Data i miejsce Podpis wnioskodawcy***

**Dodatkowe załączniki składane do wniosku przez wnioskodawcę:**

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych** – wniosek   
o przyznanie świadczenia zdrowotnego lub rehabilitacyjnego

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, ze zmianą ogłoszoną w Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2) informujemy:

1. **Administrator danych osobowych**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Związek Artystów Scen Polskich ZASP – Stowarzyszenie, Al. Ujazdowskie 45, 00-536 Warszawa.

1. **Inspektor ochrony danych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod adresem: [iod@zasp.pl](mailto:iod@zasp.pl).

1. **Cele przetwarzania danych osobowych**

Dane osobowe przetwarzane są w celu:

* rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia zdrowotnego lub rehabilitacyjnego w ramach Programu Socjalnego,
* realizacji działań związanych z wypłatą świadczeń finansowych lub rzeczowych,
* ustalania, dochodzenia lub obrony roszczeń.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. f RODO (prawnie uzasadniony interes administratora). W przypadku przetwarzania danych szczególnych kategorii (np. zdrowotnych), podstawą prawną jest art. 9 ust. 2 lit. b RODO (przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązków w dziedzinie zabezpieczenia społecznego).

1. **Kategorie przetwarzanych danych osobowych**

Przetwarzane dane obejmują:

* dane identyfikacyjne (np. imię, nazwisko, PESEL, numer dowodu osobistego),
* dane kontaktowe (np. adres zamieszkania, numer telefonu, e-mail),
* dane dotyczące sytuacji zdrowotnej (np. dokumentacja medyczna, faktury związane z leczeniem),
* dane finansowe (np. numer rachunku bankowego, koszty poniesione na świadczenia zdrowotne).

1. **Odbiorcy danych osobowych**

Dane mogą być przekazywane:

* członkom Komisji ds. działalności socjalnej,
* podmiotom świadczącym usługi wsparcia technicznego i organizacyjnego (np. dostawcy usług IT, pocztowych),
* kancelariom prawnym w przypadku ustalania, dochodzenia lub obrony roszczeń.

1. **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane przez:

* okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku i realizacji świadczenia,
* okres wymagany przepisami prawa podatkowego i rachunkowego (co najmniej 5 lat),
* okres przedawnienia roszczeń związanych z realizacją świadczenia.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą**

Przysługują Państwu następujące prawa:

* dostępu do danych osobowych,
* sprostowania danych,
* usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania (w określonych przypadkach),
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
* przenoszenia danych (jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody lub umowy),
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

1. **Źródło danych osobowych**

Dane zostały przekazane przez osobę, której dotyczą, lub członka Związku Artystów Scen Polskich ZASP – Stowarzyszenie.