……….……………………………………..

*(miejscowość i data)*

*(місце, дата)*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**ЗАЯВА**

PROJEKT PN. *KOMPLEKSOWA REHABILITACJA DLA DZIECI W WIEKU 12+ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI*

(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI W JĘZYKU POLSKIM LUB ANGIELSKIM)

*ПРОЕКТ під назвою: КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ВІКОМ 12+*

(ЗАПОВНІТЬ, БУДЬ ЛАСКА, ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ПОЛЬСЬКОЮ АБО АНГЛІЙСЬКОЮ МОВАМИ)

1. **Dane Beneficjenta niepełnoletniego (jeśli dotyczy):**
2. **Дані неповнолітнього Бенефіціара (в разі можливості):**

|  |
| --- |
| IMIĘ I NAZWISKO:  ІМ’Я та ПРІЗВИЩЕ: |
| ADRES:  АДРЕСА: |
| WOJEWÓDZTWO / POWIAT:  ВОЄВОДСТВО / ПОВІТ: |
| PESEL\*: |

\*Pole obowiązkowe jeśli osoba ma nadany numer PESEL

\*Обов’язкове поле, якщо особі надано номер PESEL

1. **Dane Beneficjenta (dane osoby pełnoletniej,** **lub w przypadku osoby niepełnoletniej - dane opiekuna prawnego):**

**2. Дані Бенефіціара (дані повнолітньої особи, або у випадку неповнолітньої особи - дані законного опікуна**

|  |
| --- |
| IMIĘ I NAZWISKO:  ІМ’Я та ПРІЗВИЩЕ: |
| ADRES:  АДРЕСА: |
| WOJEWÓDZTWO / POWIAT:  ВОЄВОДСТВО / ПОВІТ: |
| PESEL\*: |
| E-MAIL\*\*: |
| TELEFON KONTAKTOWY\*\*:  КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН\*\*: |

\*\* Nie wypełnienie pola kontaktowego we wniosku skutkuje odrzuceniem wniosku z powodu braku możliwości kontaktu z wnioskodawcą.

\*\* Незаповнення поля Контакти в заявці призводить до відхилення заявки через неможливість зв’язку із заявником

1. **Proszę zaznaczyć tak lub nie jeśli dotyczy Beneficjenta (dziecka) :**

**3. Будь ласка, позначте ТАК чи НІ, якщо це стосується бенефіціара (дитини):**

**Układ nerwowy:**

**Нервова система**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zapalenie opon mózgowych  Менінгіт | TAK TAK | NIE НІ |
| Jamistość rdzenia  Сирингоміелія | TAK TAK | NIE НІ |
| Zapalenie szpiku  Остеомієліт | TAK TAK | NIE НІ |
| Ostre stany zapalne nerwów obwodowych (np. nerw kulszowy)  Гостре запалення периферичних нервів (наприклад, сідничного нерва) | TAK TAK | NIE НІ |
| Padaczka  Епілепсія | TAK TAK | NIE НІ |
| Stwardnienie rozsiane  Розсіяний склероз | TAK TAK | NIE НІ |

**Układ ruchu:**

**Опорно-руховий апарат:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Świeży zrost (do 6 tygodni)  Свіжі переломи, травми (до 6 тижнів) | TAK TAK | NIE НІ |
| Ostre stany zapalne, w tym reumatyczne  Гострі запальні стани, в тому числі ревматичні | TAK TAK | NIE НІ |
| Implanty metalowe/ endoprotezy  Металічні імпланти, пластини/ ендопротези | TAK TAK | NIE НІ |

**Układ oddechowy:**

**Дихальна система:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gruźlica  Туберкульоз | TAK TAK | NIE НІ |
| Choroby zakaźne  Інфекційні захворювання | TAK TAK | NIE НІ |
| Astma oskrzelowa  Бронхіальна астма | TAK TAK | NIE НІ |

**Układ pokarmowy:**

**Травна система:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zapalenie trzustki  Запалення підшлункової залози | TAK TAK | NIE НІ |
| Wirusowe zapalenie wątroby  Вірусне запалення печінки | TAK TAK | NIE НІ |
| Zapalenie wyrostka robaczkowego  Запалення апендициту | TAK TAK | NIE НІ |
| Schorzenia o podłożu pasożytniczym  Паразитарні хвороби | TAK TAK | NIE НІ |

**Układ krążenia:**

**Кровоносна система:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stan po przebytym zawale serca  Стан після інфаркту | TAK TAK | NIE НІ |
| Zaawansowana miażdżyca  Запущений атеросклероз | TAK TAK | NIE НІ |
| Świeże stany zapalne zastawek i serca (do 6 tyg.)  Запалення клапанів серця (до 6 тижнів) | TAK TAK | NIE НІ |
| Niewyrównane wady serca  Вади серця | TAK TAK | NIE НІ |
| Nadciśnienie (110 rozkurczowe)  Гіпертонія (110 діастолічна) | TAK TAK | NIE НІ |
| Skaza naczyniowa  Судинний діатез | TAK TAK | NIE НІ |
| Zakrzepowe zapalenie żył  Тромбофлебіт | TAK TAK | NIE НІ |
| Choroba Burgera III lub IV stopnia  Хвороба Бюргера III або IV ступеня | TAK TAK | NIE НІ |
| Tętniaki i naczyniaki  Аневризми і гемангіоми | TAK TAK | NIE НІ |
| Rozrusznik serca  Кардіостимулятор | TAK TAK | NIE НІ |

**Układ wydalniczy:**

**Видільна система:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nerczyca (białkomocz)  Протеїнурія | TAK TAK | NIE НІ |
| Ostre zapalenie pęcherza moczowego  Гострий цистит | TAK TAK | NIE НІ |
| Kamica nerkowa  Камені в нирках | TAK TAK | NIE НІ |

1. **Proszę opisać niepełnosprawność beneficjenta (dziecka):**

**4. Будь ласка, опишіть інвалідність бенефіціара (дитини):**

1. **Skąd dowiedziałeś się o możliwości złożenia wniosku do Fundacji?**

**5. Звідки Ви дізналися про можливість подачі заявки до Фонду?**

* z mediów społecznościowych (np. Facebook) Соціальні медіа (нп. Facebook)
* z portalu internetowego Інтернет сторінка
* z radia Радіо
* z telewizji Телебачення
* od znajomego Від знайомого
* od pracowników Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu Від працівників Фонду Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu
* od pracownika ośrodka społecznego (jakiego?) Віл працівника соціального центру (якого?) .............................................................................................................................................
* inne, jakie? Інше, що саме? ………………………………………………………………………………..…………………………………………

1. **Czy do tej pory Beneficjent (dziecko) korzystał z dodatkowych rehabilitacji (rehabilitacja domowa, rehabilitacja ambulatoryjna, pobyt w sanatorium, płatne turnusy rehabilitacyjne)?**

**Чи користувався Бенефіціар (дитина) додатковою реабілітацією (реабілітація вдома, амбулаторна реабілітація, перебування в санаторії, тренування реабілітаційні)**

1. **Opisz po krótce aktualne dolegliwości bólowe Beneficjenta: .**

**Коротко опишіть поточний стан хвороби Бенефіціара**

……………………………………………………………………………

*(data i podpis składającego oświadczenie)*

*(Дата і підпис родича, опікуна дитини)*

.

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

**Заява про згоду на обробку персональних даних.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia i historii choroby,** podanych w *Formularzu zgłoszeniowym* przez:

**Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu,** z siedzibą w Krakowie (30-408), ul. Odrzańska 13 / 2, KRS 0000749510, w celu i w zakresie niezbędnym do otrzymania wsparcia, a następnie w celu możliwości zorganizowania przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu zajęć rehabilitacyjnych.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/y, że w przypadku otrzymania wsparcia, moje dane osobowe będą przekazywane osobom i podmiotom trzecim, czyli grantodawcy (UNICEF) potencjalnym darczyńcom, sponsorom, mediom, podmiotom leczniczym w celach: informacyjnych, promocji i marketingu wydarzenia, realizacji pomocy wskazanej w formularzu zgłoszeniowym.

**Я даю згоду на обробку моїх персональних даних, у тому числі спеціальних категорій персональних даних щодо здоров’я та історії хвороби**, *наведених у Анкет*і:

Fundacja Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu, розташована у Кракові (30-408), вул. Odrzańska 13/2, KRS 0000749510,   
з метою та в обсязі, необхідному для отримання підтримки, а потім для подальшої організації Фундацією реабілітаційних занять в реабілітаційному центрі.

Водночас я заявляю, що я була/я був проінформований, що у разі отримання підтримки мої персональні дані будуть передані третім особам та організаціям: спонсорам (UNICEF), потенційним спонсорам, ЗМІ, медичним установам з ціллю: інформації, просування та маркетингових заходів, реалізації допомоги, зазначеної в заявці.

……………………………………………………………………….

*(data i podpis składającego oświadczenie)*

*(Дата і підпис родича, опікуна дитини*

**Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem.**

**Згода з ознайомленням з Регламентом**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z postanowieniami *Regulaminu udzielania wsparcia w ramach projektu pn. Kompleksowa rehabilitacja dla dzieci w wieku 12+ z niepełnosprawnościami (uchodźców wojennych)* i zobowiązuje się do jego stosowania.

Я підтверджую, що ознайомлений з пунктами Положення про надання підтримки за проектом під назвою «Комплексна реабілітація дітей віком від 12 років з обмеженими можливостями (біженців війни)» та обов’язуюся його дотримуватися.

……………………………………………………………………………….

*(data i podpis składającego oświadczenie*

*(Дата і підпис родича, опікуна дитини)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wizerunku, w celu udostępniania zdjęć i materiałów audio-video, w ramach działalności promocyjnej, informacyjnej oraz marketingowej **Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana.**

Я надаю згоду на обробку моїх персональних даних тф зображень з метою обміну фотографіями та аудіо-відео матеріалами в рамках рекламної, інформаційної та маркетингової діяльності Фонду **Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu.** Згода є добровільною і може бути відкликана в будь-який час.

……………………………………………………………………………….

*(data i podpis składającego oświadczenie)*

*(Дата і підпис родича, опікуна дитини)*

**Załączniki do wniosku: Додатки до Заяви:  
(proszę zaznaczyć) (вказати)**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności  Ксерокопія довідки про ступінь інвалідності |

☐ Dokumentacja medycznaМедична документація

☐ Kserokopia paszportu Ксерокопія паспорту