

**Deklaracja podopiecznego**  
**Fundacji Nieskończone Możliwości**

Fundacja Nieskończone Możliwości  
ul. Rydygiera 29/21,  
30-695 Kraków, tel 606 55 66 75  
marcin@nieskonczonemozliwosci.org, n.mozliwosci@gmail.com

**A. INFORMACJE O PODOPIECZNYM**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania podopiecznego :

Miasto/miejscowość/kod pocztowy.....

Ulica, numer mieszkania/lokalu .....

Województwo.....

Telefon kontaktowy .....

E – mail .....

Jeśli podopieczny jest osobą niepełnoletnią prosimy o podanie:

Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego.....

Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego .....

Adres zamieszkania opiekuna prawnego/ opiekuna prawnego/osoby sprawującej opiekę ( jeśli inny niż podany wyżej) :

Miasto/miejscowość/kod pocztowy.....

Ulica, numer mieszkania/lokalu .....

Województwo.....

Telefon kontaktowy .....

Szpital/ ośrodek medyczny i lekarz pod którego opieką znajduje się podopieczny ( w przypadku osoby chorej ) :

.....

zdiagnozowane schorzenie lub schorzenie w trakcie diagnozy ( w przypadku osoby chorej ) :

.....

wiek podopiecznego podczas diagnozy ( w przypadku osoby chorej ):

.....

symbol niepełnosprawności z orzeczenia/ stopień niepełnosprawności ( w przypadku osoby niepełnosprawnej ):

.....

Numer rachunku bankowego (do rozliczeń środków z subkont/ pomocy finansowej): ..

.....

**B. CZY OSOBA, KTÓRA DEKLARUJE CHĘĆ ZOSTANIA PODOPIECZNYM FUNDACJI NIESKOŃCZONE MOŻLIWOŚCI JEST PODOPIECZNYM INNEJ FUNDACJI LUB STOWARZYSZENIA (TAK lub NIE) :**

.....  
Jeśli TAK, proszę podać nazwy fundacji/stowarzyszeń:  
.....  
.....

**C. Pobierane zasiłki lub renta na rzecz podopiecznego lub przez jego opiekuna prawnego ( dotyczy także programu 500+, alimentów i zasiłku rodzinnego) :**

.....

**D. Oczekiwania od Fundacji Nieskończone Możliwości ( oczekiwane formy pomocy):**

.....

**E. Sytuacja socjalne podopiecznego ( informacje inne niż wskazane powyżej) :**

.....

**C. OŚWIADCZENIE PODOPIECZNEGO I OPIEKUNA/OPIEKUNA PRAWNEGO PODOPIECZNEGO**

Oświadczam, iż wszelkie dane podane w formularzu dotyczące mnie, jako podopiecznego/dotyczące podopiecznego, którego jestem opiekunem prawnym/dotyczące opiekuna/opiekuna prawnego są zgodne z prawdą

.....

data, czytelny podpis podopiecznego

.....

data, czytelny podpis opiekuna/opiekuna prawnego

**D. OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego zawartych w niniejszej deklaracji zgłoszeniowej dla potrzeb niezbędnych do rejestracji podopiecznego w Fundacji Nieskończone Możliwości zgodnie z ustawą z dnia 29.sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm. )

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis podopiecznego

.....

Czytelny podpis opiekuna/opiekuna prawnego