



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO BAZY BENEFICJENTA Fundacja Wojownicy Plus

Prosimy o uzupełnienie wszystkich pól.  
W przypadku pól, które nie dotyczą osoby wypełniającej, prosimy wpisać kreskę.

| CZĘŚĆ 1: DANE PODSTAWOWE                                |                                                      |                                                                  |                                                                       |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                      | Imię i nazwisko                                      |                                                                  |                                                                       |
| 2.                                                      | Adres zamieszkania                                   |                                                                  |                                                                       |
| 3.                                                      | Data urodzenia                                       |                                                                  |                                                                       |
| 4.                                                      | Dane opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)               | imię i nazwisko                                                  | telefon                                                               |
|                                                         |                                                      | relacja do osoby zgłaszanej                                      | email                                                                 |
| 5.                                                      | Dane do kontaktu                                     | Telefon:                                                         | E-mail:                                                               |
| CZĘŚĆ 2: INFORMACJE O AKTYWNOŚCI SPORTOWEJ WNIOSKODAWCY |                                                      |                                                                  |                                                                       |
| 1.                                                      | Czy uprawiasz sport?                                 | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie        |                                                                       |
| 2.                                                      | Uprawiana dyscyplina sportowa - <i>jeśli dotyczy</i> |                                                                  |                                                                       |
| 3.                                                      | Klub sportowy - <i>jeśli dotyczy</i>                 |                                                                  |                                                                       |
| 4.                                                      | Poziom sportowy                                      | <input type="checkbox"/> rekreacyjny                             | <input type="checkbox"/> amatorski <input type="checkbox"/> wyczynowy |
| 5.                                                      | Osiągnięcia sportowe (opcjonalnie)                   |                                                                  |                                                                       |
| CZĘŚĆ 3: SYTUACJA ZDROWOTNA/ POTRZEBY                   |                                                      |                                                                  |                                                                       |
| 1.                                                      | Prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź:                | <input type="checkbox"/> niepełnosprawność                       |                                                                       |
|                                                         |                                                      | <input type="checkbox"/> choroba przewlekła                      |                                                                       |
|                                                         |                                                      | <input type="checkbox"/> szczególne potrzeby                     |                                                                       |
|                                                         |                                                      | <input type="checkbox"/> nie dotyczy / brak szczególnych potrzeb |                                                                       |
| 2.                                                      | Opis (opcjonalnie)                                   |                                                                  |                                                                       |
| 3.                                                      | Rodzaj potrzeb/wsparcia                              |                                                                  |                                                                       |
| CZĘŚĆ 4: CEL ZGŁOSZENIA                                 |                                                      |                                                                  |                                                                       |



|                                                  |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                               | Powód zgłoszenia                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2.                                               | Potrzebne wsparcie                                                                    | <input type="checkbox"/> zakup sprzętu sportowego<br><input type="checkbox"/> finansowanie treningów<br><input type="checkbox"/> wsparcie psychologiczne<br><input type="checkbox"/> udział w zawodach / obozach sportowych<br><input type="checkbox"/> inne (jakie?): |
| <b>CZĘŚĆ 5: SYTUACJA SPOŁECZNA (OPCJONALNIE)</b> |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1.                                               | Opis sytuacji życiowej (jeśli chcesz podać)                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CZĘŚĆ 6: KLUB SPORTOWY</b>                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1.                                               | Czy Klub współpracuje z Fundacją?                                                     | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                         |
| 2.                                               | Nazwa Klubu                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3.                                               | Osoba kontaktowa                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CZĘŚĆ 7: ZGŁOSZENIE PRZEZ OSOBĘ TRZECIĄ</b>   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1.                                               | Czy wniosek składa instytucja / trener / pracownik / klub?                            | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                              |
| 2.                                               | Jeśli tak:<br><br>Imię i nazwisko osoby zgłaszającej:<br><br>Funkcja:<br><br>Kontakt: |                                                                                                                                                                                                                                                                        |



### **Oświadczenia**

- ☐ Oświadczam, że wszystkie podane dane są prawdziwe.
- ☐ Oświadczam, że informacje podane w formularzu dotyczące niepełnosprawności, choroby przewlekłej, schorzeń lub szczególnych potrzeb są zgodne ze stanem faktycznym i znajdują potwierdzenie w posiadanej dokumentacji. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że na etapie składania formularza nie jest wymagane załączanie dokumentacji medycznej.
- ☐ Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną RODO Fundacji Wojownicy Plus, stanowiącą załącznik do Regulaminu udzielania pomocy w Fundacji Wojownicy Plus.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o wsparcie oraz prowadzenia Bazy Beneficjentów Fundacji.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych (np. dotyczących zdrowia, niepełnosprawności), jeżeli są one niezbędne do oceny wniosku i udzielenia wsparcia.
- ☐ Wyrażam zgodę na kontakt ze strony Fundacji drogą elektroniczną (e-mail) lub telefoniczną w sprawach związanych z wnioskiem.

### **Informacja**

Administratorem danych osobowych jest Fundacja Wojownicy Plus. Dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o wsparcie, prowadzenia Bazy Beneficjentów oraz realizacji działań statutowych Fundacji.

.....  
Data i Podpis Beneficjenta/Opiekuna/Reprezentanta klubu

Podpisanie formularza oznacza złożenie wniosku o wpis do Bazy Beneficjentów Fundacji Wojownicy Plus. Wpis następuje po pozytywnej weryfikacji przez Fundację.