**ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE NADAČNÉHO PRÍSPEVKU**

(**FYZICKÉ OSOBY)**

**ŽIADATEĽ:**

(vyplní žiadateľ, prípadne užívateľ  nadačného príspevku)

**Meno a priezvisko:**

**Dátum narodenia:**

**Adresa trvalého pobytu:**

**Bankové spojenie:**

**IBAN:**

**Korešpondenčná adresa (iba ak je odlišná od adresy trvalého pobytu):**

**Kontaktné údaje (email, telefónne číslo):**

**ZÁSTUPCA (zákonný zástupca – rodič, pestún, opatrovník, zmocnenec – na základe priloženej plnej moci)**

Vyplňuje sa iba v prípade zastúpenia žiadateľa zástupcom

**Meno a priezvisko:**

**Dátum narodenia:**

**Adresa trvalého pobytu:**

**Korešpondenčná adresa (iba ak je odlišná od adresy trvalého pobytu):**

**Kontaktné údaje (email, telefónne číslo):**

**STRUČNÝ POPIS FINAČNEJ SITUÁCIE:**

*Prečo o podporu žiadate, priemerná celková mesačná výška príjmov všetkých členov domácnosti, priemerné mesačné životné náklady domácnosti, počet zárobkovo činných osôb zdieľajúcich domácnosť so žiadateľom (ku dňu podania žiadosti)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**ÚČEL POUŽITIA NADAČNÉHO PRÍSPEVKU\*** (prečítajte si upozornenie na konci žiadosti):

*Zvoľte príslušný účel, popr. uveďte ďalší (účel príspevku musí byť v súlade s* cieľmi NADÁCIE AGEL)

Nadačné príspevky sú udeľované na podporu projektov alebo na podporu jednotlivcov, predovšetkým v týchto základných oblastiach:

□ Podpora zdravotnej starostlivosti:

□ detí

□ dospelých

□ Vybavenie zdravotníckych zariadení

□ Rozvoj zdravotnej starostlivosti, výskum, vývoj

□ Vzdelávanie v zdravotníctve

□ Ostatné – doplňte:

**POŽADOVANÁ FORMA A HODNOTA NADAČNÉHO PRÍSPEVKU:**

*Zvoľte jednu z daných možností, prípadne uveďte inú*

□ Jednorázový príspevok vo výške .............................€

□ Výška príspevku nie je žiadateľom stanovená

**ZÍSKAL/A STE UŽ V MINULOSTI PRÍSPEVOK OD NADÁCIE AGEL?**

**(Ak áno, uveďte dátum podpisu zmluvy a informáciu, v akej výške a na aký účel\* Vám bol v minulosti príspevok zo strany NADÁCIE AGEL poskytnutý)**

□ **NIE**

□ **ÁNO**

**BOLA VÁM V MINULOSTI ZAMIETNUTÁ ŽIADOSŤ O PRÍSPEVOK ZO STRANY NADÁCIE AGEL ?**

**(Ak áno, uveďte v ktorom roku a na aký účel\*)**

□ **NIE**

**□ ÁNO**

**SÚ POŽADOVANÉ ALEBO ZAISTENÉ NA ROVNAKÝ ÚČEL PROSTRIEDKY Z INÝCH ZDROJOV A V AKEJ HODNOTE:**

*Uveďte požadované údaje, prípadne doplňte ďalšie*

□ **NIE**

□ **ÁNO**

Iné prostriedky z týchto zdrojov (povinné pole v prípade, že je označená odpoveď ÁNO):

**ODÔVODNENIE ŽIADOSTI:**

*Napíšte stručné zdôvodnenie žiadosti, účel\* využitia požadovaného príspevku, presné označenie vybranej pomôcky, atď.:*

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

**POVINNÉ PRÍLOHY:**

*Prikladá sa čo najviac informácií potrebných k posúdeniu žiadosti*

*1 ) súhlas so spracovaním osobných údajov [priložte podpísaný, nižšie uvedený súhlas iba v tom prípade, ak*

*v tejto žiadosti uvádzate zvláštne kategórie osobných údajov (citlivé osobné údaje), hlavne údaje*

*o zdravotnom stave\*, alebo priložte potvrdenie ošetrujúceho lekára, alebo napr. zamietnuté vyjadrenie*

*revízneho lekára zdravotnej poisťovne a pod., obsahujúce údaje o zdravotnom stave],*

1. *potvrdenie ošetrujúceho lekára\* (priložte vyplnený vzor dostupný na webových stránkach NADÁCIE AGEL, ale iba v prípade, že žiadate o úhradu poskytnutých zdravotných služieb nehradených z verejného zdravotného poistenia, ďalej v prípade, že žiadate o úhradu alebo vecný dar v podobe lieku, lieč. prípravku, biologickej liečby predpísanej a indikovanej odborným lekárom, špeciálnych pomôcok nehradených/čiastočne hradených z verejného zdravotného poistenia, inkontinenčných pomôcok nad rámec úhrady zo zdravotného poistenia, alebo v prípade, že žiadate o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu indikovaného lekárom, špecializovaným centrom typu Komplexné onkologické centrum, Komplexné kardiologické centrum a pod.)*
2. *preukaz ZŤP/P (priložte kópiu preukazu iba v prípade, že žiadate o úhradu kompenzačnej pomôcky),*
3. *ponukový list dodávateľa, cenová kalkulácia alebo proforma faktúra, výkresová dokumentácia alebo popis pomôcky s fotografiou,*
4. *vyjadrenie zdravotnej poisťovne, ÚPSVaR a SP, či poskytuje príspevok na Vami žiadanú úhradu zdravotných služieb, lieku, liečivého prípravku, kompenzačnej pomôcky, terapie, rehabilitačného pobytu a pod. (prípadne priložte správu o  zamietnutí úhrady požadovanej kompenzačnej pomôcky),*
5. *vyjadrenie inej verejnoprávnej inštitúcie (priložte iba v prípade, že žiadate o úhradu špeciálneho obväzového materiálu nad stanovený hradený rámec),*
6. *potvrdenie vzdelávacej inštitúcie o aktívnom absolvovaní príslušného študijného programu, postgraduálneho programu v zahraničí a pod. (priložte iba v prípade, ak žiadate poskytnutie finančného príspevku na štúdium, študijné materiály, podporu v rámci vedecko-výskumných činností v rámci vzdelávacej inštitúcie),*
7. *iné (napr. zamietnuté vyjadrenie revízneho lekára zdravotnej poisťovne k žiadosti o úhradu liečebného /kúpeľného pobytu po lekárskom zákroku podľa ustanovení §42 odst.3 zákona č.48/1977 Zb., o verejnom zdravotnom poistení a o zmene a doplnení niektorých súvisiacich zákonov, v znení neskorších predpisov, v spojení s ustanovením § 11 odst.1 písm.d) a ustanovením § 13 odst.2 písm.a) toho istého zákona).*

**PREHLÁSENIE:**

Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé, zodpovedajú skutočnosti a poskytujem ich dobrovoľne.

**POUČENIE – INFORMAČNÁ POVINNOSŤ**

**Správcom osobných údajov je NADÁCIA AGEL, so sídlom** Palisády 56, 811 06 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 555 394, zapísaná v Registri nadácií, registračné číslo 203/Na-2002/730.

Kontaktné údaje poverenca pre ochranu osobných údajov: DPO, AGEL SSC a.s., adresa: Palisády 56, [811 06 Bratislava](https://maps.google.com/?q=Palis+dy+56+811+06+Bratislava&entry=gmail&source=g)- mestská časť Staré Mesto, email: dpo@agel.sk.

NADÁCIA AGEL ako správca spracováva osobné údaje žiadateľa v rozsahu:

meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, prípadne aj korešpondenčná adresa, e-mail a telefónne číslo, prípadne ďalšie osobné údaje uvedené v tejto žiadosti, bez súhlasu žiadateľa pre účely posúdenia tejto žiadosti a pre prípadné poskytnutie nadačného príspevku.

Právnym základom spracovania týchto osobných údajov je nevyhnutnosť pre vykonanie opatrení prijatých pred uzavretím zmluvy na žiadosť žiadateľa. V prípade, že žiadateľ osobné údaje uvedené v tomto odstavci NADÁCII AGEL neposkytne, bude tým zmarená možnosť preskúmať túto Žiadosť o poskytnutie nadačného príspevku ako nevyhnutný predpoklad pre prípadné uzavretie Zmluvy.

Doba spracovania všetkých osobných údajov poskytnutých žiadateľom je podmienená od výsledku posúdenia tejto žiadosti a to tak, že:

* ak bude zo strany NADÁCIE AGEL žiadateľovi poskytnutý nadačný príspevok na základe Zmluvy o

poskytnutí nadačného príspevku (ďalej ,,Zmluva\*) budú osobné údaje spracovávané do doby než budú vysporiadané všetky nároky zo Zmluvy (predovšetkým, nie však výlučne, než dôjde ku splneniu povinnosti obdarovanej osoby preukázať využitie daru);

* ak nebude zo strany NADÁCIE AGEL poskytnutý nadačný príspevok, osobné údaje budú spracované a uchované po dobu 30 dní od doručenia rozhodnutia NADÁCIE AGEL o neposkytnutí nadačného príspevku žiadateľovi; následne dôjde ku likvidácii všetkých osobných údajov žiadateľa, s výnimkou údajov ako je meno, priezvisko a údaj o účele požadovaného nadačného príspevku.

V prípade, že žiadateľovi nebude zo strany NADÁCIE AGEL poskytnutý nadačný príspevok, žiadateľ má právo do 30 dní od doručenia rozhodnutia o neposkytnutí nadačného príspevku NADÁCIE AGEL písomne požiadať o vrátenie všetkých dokumentov, ktoré žiadateľ NADÁCII AGEL poskytol v súvislosti so Žiadosťou. Tieto dokumenty budú zo strany NADÁCIE AGEL zaslané výlučne prostredníctvom poskytovateľa poštových služieb formou obyčajného listu, alebo po predchádzajúcej dohode vyzdvihnuté osobne žiadateľom v sídle NADÁCIE AGEL.

Žiadateľ má právo:

* požadovať od NADÁCIE AGEL prístup k osobným údajom, ktoré sa ho týkajú;
* požadovať opravu, odstránenie, prípadne obmedzenie spracovania osobných údajov, ktoré sa ho týkajú;
* vzniesť námietku proti spracovaniu osobných údajov, ktoré sa ho týkajú;
* na prenesenie osobných údajov, ktoré sa ho týkajú;
* podať sťažnosť na Úrade na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, so sídlom Hraničná 12,

820 07 Bratislava (Internetová stránka: http://www.dataprotection.gov.sk/)

**V:......................................... DŇA:.........................................**

**PODPIS ŽIADATEĽA:................................................................**

**VYJADRENIE NADÁCIE AGEL:**

*Na poskytnutie nadačného príspevku nie je právny nárok.*

**NADÁCIA AGEL** *je oprávnená vyžiadať si ďalšie podklady potrebné pre posúdenie oprávnenia žiadosti.* **NADÁCIA AGEL** *si môže pre svoje rozhodnutie zaobstarať odborný posudok.*

**NADÁCIA AGEL** *je oprávnená žiadosť o poskytnutie nadačného príspevku odmietnuť a odmietnutie nie je povinná žiadateľovi zdôvodňovať.*

*Nadácia je oprávnená požadovať vrátenie nadačného príspevku v prípade, že žiadateľ v žiadosti uvedie nepravdivé alebo hrubo skresľujúce údaje.*

*\*NADÁCIA AGEL OD ŽIADATEĽA NEVYŽADUJE PRE ÚČELY TEJTO ŽIADOSTI ZVLÁŠTNE KATEGÓRIE OSOBNÝCH ÚDAJOV, PREDOVŠETKÝM ÚDAJE O ZDRAVOTNOM STAVE (DIAGNÓZY, ZDRAVOTNÉ OBMEDZENIA A POD.).*

*V PRÍPADE, ŽE ŽIADATEĽ TIETO OSOBITNÉ KATEGÓRIE OSOBNÝCH ÚDAJOV DO TEJTO ŽIADOSTI, ALEBO DO ICH PRÍLOH UVEDIE, BERIE NA VEDOMIE, ŽE TAKÉTO OSOBNÉ ÚDAJE BUDÚ NADÁCIOU AGEL V RÁMCI PRESKÚMANIA OPRÁVNENOSTI TEJTO ŽIADOSTI SPRACOVÁVANÉ, K ČOMU JE NUTNÉ, ABY ŽIADATEĽ AKO SUBJEKT ÚDAJOV PODPÍSAL SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV.*

***SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV:***

***Podpisom tohto dokumentu udeľujem súhlas k tomu, aby NADÁCIA AGEL spracovala moje osobitné kategórie osobných údajov (citlivé osobné údaje), hlavne údaje o mojom zdravotnom stave, a to na účely posúdenia tejto žiadosti a pre prípadné poskytnutie nadačného príspevku. Ako žiadateľ beriem na vedomie, že spracovanie osobných údajov na základe tohto súhlasu je nevyhnutné pre vykonanie opatrení prijatých pred uzavretím zmluvy. Osobitné******kategórie******osobných údajov, poskytnuté žiadateľom, budú na základe tohto súhlasu spracované v rozsahu zodpovedajúcemu rozsahu údajov o zdravotnom stave obsiahnutých v žiadosti o poskytnutí nadačného príspevku (ďalej "Žiadosť"), alebo v prílohách Žiadosti.***

***POUČENIE – INFORMAČNÁ POVINNOSŤ NAD RÁMEC POUČENIA – INFORMAČNÉ POVINNOSTI OBSIAHNUTÉ V ŽIADOSTI***

***Právnym základom pre spracovanie osobných údajov žiadateľa, akými sú osobitné kategórie osobných údajov je žiadateľom vyššie vyjadrený súhlas. V prípade, že žiadateľ osobné údaje v tomto odstavci NADÁCII AGEL neposkytne, môže tým byť zmarená možnosť preskúmať Žiadosť ako nevyhnutný predpoklad pre prípadné uzavretie Zmluvy.***

***Žiadateľ má právo:***

* ***kedykoľvek svoj vyššie vyjadrený súhlas so spracovaním zvláštnych kategórií osobných údajov odvolať písomným prehlásením; odvolaním tohto súhlasu však nie je dotknutá zákonnosť spracovania, založená na súhlase udelenom pred jeho odvolaním;***

**V:......................................... DŇA:.........................................**

**PODPIS ŽIADATEĽA:................................................................**