

Regulamin Podopiecznych Fundacji Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja

1. Pomocą objęte są dzieci i ich rodzice/prawni opiekunowie, młodzież i dorośli borykający się z problemem mutyzmu wybiórczego i innych zaburzeń lękowych.
2. Starający się o uzyskanie tytułu Podopiecznego Fundacji wysyłają wniosek pocztą tradycyjną, listem poleconym na adres Fundacji, nie później niż 7 dni od daty podpisaniu wniosku. Wniosek o przyjęcie (w przypadku osoby niepełnoletniej wniosek składa jeden z rodziców, bądź opiekun prawny) składa się według wzoru podanego przez Fundację Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja. Do wniosku należy dołączyć zaświadczenia lekarskie - diagnozę od psychiatry (kserokopia) oraz inne dokumenty uznane za stosowne.
3. Po otrzymaniu ww. dokumentacji Zarząd podejmie decyzję o przyjęciu w poczet Podopiecznych Fundacji Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja. Decyzja przekazywana jest pocztą elektroniczną w przeciągu 30 dni kalendarzowych od momentu otrzymania wszystkich niezbędnych dokumentów.
4. Podopieczni Fundacji MWR mogą liczyć na:
 - * wsparcie emocjonalne;
 - * bezpłatne spotkania i szkolenia online;
 - * pierwszeństwo w przypadku zapisów na szkolenia, webinaria i konsultacje;
 - * zniżki na oferty płatne Fundacji;
 - * indywidualne podejście do każdego Podopiecznego;
5. Administratorem danych jest Fundacja Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja z siedzibą przy ul Kurów 174, 32-700 Bochnia, KRS 0000737540.
6. Fundacja nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie następstwa wynikające z nieprawidłowości podanych danych.
7. Rodzice/prawni Opiekunowie lub pełnoletni Podopieczni mogą żądać, w formie pisemnej, skreślenia z listy podopiecznych.
8. Zarząd Fundacji może skreślić z listy podopiecznych uzasadniając swoją decyzję. Decyzja Zarządu Fundacji jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

Miejscowość _____, dnia __ __/ __ __/2019

Wniosek o przyjęcie Dziecka w poczet Podopiecznych

Fundacji Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja

(Prosimy o czytelne wypełnianie drukowanymi literami)

1. Dane Dziecka

Imię (imiona) i nazwisko _____

Data urodzenia __ __ / __ __ / __ __ __ __ (dzień/miesiąc/rok)

PESEL _____

2. Rodzice/prawni Opiekunowie

Imię (imiona) i nazwisko Matki/prawnego Opiekuna

Dokument tożsamości (dowód osobisty/paszport*):

Seria _____ Numer _____

Numer telefonu kom. _____

Imię (imiona) i nazwisko Ojca/prawnego Opiekuna

Dokument tożsamości (dowód osobisty/paszport*):

Seria _____ Numer _____

Numer telefonu kom. _____

3. Adres zamieszkania

Ulica/wieś _____ Nr domu _____

Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____ - _____

Miejscowość _____

Województwo _____

E-mail _____

4. Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego Dziecka w poczet Podopiecznych Fundacji Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja

Powodem starania się o przyjęcie jest:

(podać krótki opis występujących problemów Dziecka)

(można dołączyć szerszy opis na osobnej kartce wedle uznania)

5. Oświadczenia Rodziców/prawnych Opiekunów

Oświadczam, że jestem Rodzicem/prawnym Opiekunem* Dziecka i wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się ze **Statutem Fundacji i Regulaminem Podopiecznych** i będę się stosował/stosowała do ich wymogów.

Podpis Rodzica / prawnego Opiekuna

6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz dziecka jest Fundacja Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja z siedzibą w Bochni przy ul. Kurów 174, 32-700 Bochnia;
2. w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można się skontaktować pod adresem e-mail: info@mutyzm-wybiorczy.org.pl lub Fundacja Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja z siedzibą w Bochni przy ul. Kurów 174, 32-700 Bochnia;
3. Pani/Pana dane osobowe oraz dziecka przetwarzane będą w celu włączenia Pani/Pana dziecka w poczet podopiecznych Fundacji - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanego RODO;
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych oraz dziecka będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe oraz dziecka będą przez okres bycia Dziecka Podopiecznym Fundacji;
6. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
8. podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa w pozostałym zakresie jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować odmową podjęcia współpracy przez Administratora.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego Dziecka w celu bycia mojego Dziecka Podopiecznym Fundacji.

data, podpis Rodzica/prawnego Opiekuna*

DOKUMENTY ZAŁĄCZONE DO WNIOSKU;

- Kserokopia zaświadczenia od psychiatry (diagnoza potwierdzająca mutyzm wybiórczy i/lub inne zaburzenia lękowe)

7. Decyzja Zarządu

Zarząd Fundacji Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja w dniu _____ rozpatrzył wnioski i na podstawie przedłożonych dokumentów podjął decyzję o przyjęciu /nieprzyjęciu kandydata w poczet Podopiecznych Fundacji. *

W imieniu Zarządu

(imię i nazwisko, stanowisko, podpis)

(imię i nazwisko, stanowisko, podpis)