



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Łodzi

92-318 Łódź, al. marsz. J. Piłsudskiego 133D

Tel.: 42 649-18-03, email: [lodz@ptsr.org.pl](mailto:lodz@ptsr.org.pl)

**ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO**

Nr

## ANKIETA dot. przyjęcia w poczet członków zwyczajnych PTSR OŁ

Nazwisko..... Imię.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania:

Kod ..... Miasto..... Gmina.....

Dzielnica..... Ulica..... nr.....m.....

tel..... tel. kom. .... E-mail.....

**Dodatkowy kontakt :**

Nazwisko, imię..... tel. ....

Informujemy, że ankieta jest skierowana do wszystkich chorych: tych, którzy diagnozę otrzymali niedawno i tych, którzy usłyszeli ją kilka lub kilkanaście lat temu. W związku z tym prosimy o wyrozumiałość. Odpowiedzi na te pytania pomogą nam lepiej przygotować nasze działania pomocowe w przyszłości oraz pomóc poszczególnym osobom.

### STAN ZDROWIA

1. W którym roku Pani/Pan zachorowała na SM.....oraz w którym roku otrzymała Pani/Pan potwierdzenie diagnozy .....

2. Czy jest Pani/Pan na rencie?  tak  nie

Jeśli tak prosimy napisać kiedy renta została przyznana .....

Jeśli nie prosimy napisać czy skłania się Pani/Pan by wystąpić o rentę  tak  nie

I dlaczego?.....

3. Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o niepełnosprawności  tak  nie

Jeśli tak to jakie:

- częściowa niezdolność do pracy
- całkowita niezdolność do pracy
- całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji
- lekki stopień niepełnosprawności
- umiarkowany stop. niepełnosprawności
- znaczny stop. niepełnosprawności

4. Czy Pani/ Pan używa pomocy ortopedycznych?  tak  nie  
 Jeśli tak, to jakich?  
 laskę  kule  balkonik  wózek

5. Czy potrzebuje Pani /Pan sprzętu ortopedycznego?  tak  nie  
 Jeśli tak, to jakiego?  
 laskę  kule  balkonik  wózek  
 inne pomoce .....

6. Czy używa Pani/Pan pieluch?  stale  czasem  wcale

7. Czy używa Pani/Pan cewnika?  tak  nie

8. Czy korzysta Pani/Pan z rehabilitacji?  tak  nie  
 Jeśli tak, to jakiej?  
 na turnusach  rehabilitant przychodzi do domu  
 samodzielnie ćwiczę  ćwiczę w przychodni  
 Z jakiego innego rodzaju rehabilitacji Pani/Pan korzysta?  
 .....

**9. Prosimy o wypełnienie tej tabeli te osoby, które mają kłopoty z poruszaniem się. Należy ją wypełnić wstawiając znak + w odpowiednim miejscu**

	Ubieranie	Mycie	Jedzenie	Przesiadanie z wózka na	
				Łóżko	Sedes
Samodzielnie					
Z niewielką pomocą					
Z pomocą					
Tylko z pomocą					

10. Czy chodzi Pani/Pan na wizyty do neurologa  
 raz na miesiąc  raz na kilka miesięcy  raz na rok

11. Czy porusza się Pani/Pan:  
 samodzielnie  z pomocą drugiej osoby  chory leżący

12. Jak jest stan Pani/Pana wzroku?  
 w porządku  okresowe zaburzenia  
 poważne niedowidzenie  całkowita utrata wzroku

13. Czy choroba niepokoi Panią/Pana  bardzo  trochę  wcale

14. Inne uwagi na temat stanu zdrowia  
 .....  
 .....  
 .....

## WARUNKI BYTOWE

15. Mieszkam

sama / sam    z małżonkiem    z dziećmi    z rodzicami    z innymi osobami

16. W jakich czynnościach dnia codziennego odczuwa Pani/Pan brak wystarczającej pomocy?

zakupy    przy wyjściu z domu    czytanie    rozmowa

17. Czy są obszary, w których liczy Pani/Pan na pomoc Towarzystwa?    tak    nie

Jakie to są sprawy, w których moglibyśmy Pani/Panu pomóc?

.....  
.....

18. Czy korzysta Pani /Pan z pomocy osób dochodzących?    tak    nie

Czy chce Pani /Pan, aby przychodził do Pani/Pana wolontariusz?    tak    nie

Czy chce Pani /Pan, aby przychodził do Pani/Pana Osobisty Asystent osoby chorej na SM    tak    nie

19. Jakie przeszkody architektoniczne utrudniają Pani/Panu wyjście z mieszkania na zewnątrz?

schody    zbyt ciasna winda    brak windy    przeszkód nie ma

20. Czy mieszkanie jest przystosowane do Pani/Pana potrzeb i stanu zdrowia?

tak    częściowo    nie    przystosowanie zbędne

21. Czy Pani/Pana sytuacja finansowa jest    dobra    średnia    zła

22. Czy Pani/Pan pracuje?

tak    nie

Jeśli tak to w jakim zakresie?

na pełnym etacie    część etatu    dorywczo

23. Jaki posiada Pani/Pan zawód wyuczony (wykształcenie).....

i zawód wykonywany.....

24. Dodatkowe informacje o własnej sytuacji, które uważa Pani/Pan za ważne

.....  
.....  
.....

**PTSR to organizacja samopomocową, w której każdy może pomagać i liczyć na pomoc innych.**

**Każdy z nas ma coś do dania innym: dojazd, obsługę komputera, fachową wiedzę, sprawne ręce lub oczy. Choroba zabrała nam zwykle bardzo wiele, ale nie odebrała nam wszystkim możliwości dawania i radości jaką się z niej czerpie. Czasem bywa tak, że coś, co dla jednej osoby jest dostępne dla drugiej staje się niemożliwe. Warto wtedy wiedzieć, że można liczyć na czyjąś pomoc. Warto też czuć, że mimo choroby, można być na tyle silnym, by pomagać innym.**

**Zastanówmy się, co każdy z nas może zrobić - dla organizacji, dla siebie i innych. Rozmowa, udzielanie informacji w biurze, pakowanie wysyłki, jest wyciągnięciem ręki do drugiej osoby.**

**Zaangażowanie się w pracę organizacji jest zaangażowaniem w pomoc samemu sobie.**

W jakich w pracach Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego może Pani/Pan brać udział?

Pomagać w pakowaniu wysyłek  tak  nie

Pomagać w zdobywaniu funduszy  tak  nie

Pomagać w przygotowaniach spotkań członków OW PTSR  tak  nie

Pomagać w tłumaczeniach  tak  nie  
Jeśli tak, to z jakiego języka.....

Jadąc swoim samochodem na spotkania PTSR, zabierać jeszcze kogoś  tak  nie

Pisać artykuły do naszego biuletynu „Płynimy pod prąd”  tak  nie

A może jesteś „złotą rączką” i możesz pomagać w drobnych pracach technicznych?  tak  nie

Może masz zdolności plastyczne, muzyczne, artystyczne, którymi mógłbyś podzielić się z członkami podczas imprez integracyjnych  tak  nie  
Jeśli tak to jakie to zdolności .....

Może masz inne propozycje w jakich jeszcze pracach mógłbyś uczestniczyć?

.....  
.....  
.....

**Dziękujemy za wszelką zadeklarowaną pomoc.**

**Jak tylko będziemy potrzebowali Twojej pomocy, skontaktujemy się w celu omówienia szczegółów. Prosimy pamiętać o tym, że jesteś członkiem naszego Towarzystwa i zawsze możesz włączyć się do wspólnej pracy.**

Data .....

Podpis .....



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Łodzi

92-318 Łódź, al. marsz. J. Piłsudskiego 133D  
Tel.: 42 649-18-03, email: [lodz@ptsr.org.pl](mailto:lodz@ptsr.org.pl)  
**ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO**

## DEKLARACJA

Ja niżej podpisany ..... proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

Zobowiązuję się wpłacać składki roczne w wysokości **60,00 zł** na poniższy nr . rachunku bankowego  
**PKO BP 98 1440 1231 0000 0000 0342 2356**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Łodzi (PTSR OŁ) , z siedzibą w Łodzi, przy al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D celach związanych z realizacją statutowych działań PTSR OŁ zgodnie z art. 2 i 3 rozporządzenia Parlament Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE D 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”.

Data wypełnienia ankiety i deklaracji.....

Podpis.....

Uchwała Rady oddziału PTSR

Przyjęto w poczet członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

Uchwała nr ..... z dnia .....

Przewodniczący .....

Pieczęć organizacji.....

.....  
miejsowość, data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem chory/a na stwardnienie rozsiane.

.....  
czytelny podpis

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Informujemy, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Oddział Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Łodzi oraz Rada Główna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie, zwane dalej Administratorem. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji działań statutowych Administratora jak też w zakresie wymaganych prawem obowiązków sprawozdawczych i kontrolnych dotyczących działalności Stowarzyszenia oraz wynikających ze statusu organizacji pożytku publicznego PTSR. Zebrane dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom. Mogą zostać udostępnione uprawnionym podmiotom publicznym w zakresie niezbędnym do wypełnienia ciążących na Towarzystwie obowiązków sprawozdawczych wynikających z ustawy Prawo o stowarzyszeniach oraz ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.
- 3) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 4) podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:
  - a) art. 6 ust. 1 a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z 4 maja 2016 r. L 119/1), które poniżej zwane jest Rozporządzeniem,
  - b) art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy z 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2017 r., poz. 210, ze zm.) w zw. z § 8 ust 2 Statutu PTSR,
  - c) art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 30 ust. 1 ustawy z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity - Dz.U. z 2018 poz. 450 ze zmianami),
  - d) art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 8 ust 5 w zw. z art. 25 i 25a ustawy Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2017 r., poz. 210, ze zm.),
  - e) art. 9 ust. 2 a Rozporządzenia i art. 9 ust. 2 d Rozporządzenia – w zakresie dotyczącym danych o Państwa sytuacji zdrowotnej.
- 5) Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów statutowych Towarzystwa. W przypadku braku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie możliwe przyjęcie w poczet członków Towarzystwa. Udzielenie zgody na przetwarzanie danych na temat sytuacji Przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych:
  - a) podane przez Państwa dane dotyczące sytuacji zdrowotnej, w tym w szczególności zawarte w dostarczonej przez Państwa w ankiecie,
  - b) podane przez Państwa pozostałe dane osobowe, to jest:
    - imię i nazwisko,
    - dane adresowe,
    - telefony kontaktowe,
    - adres poczty elektronicznej,
    - dane o przynależności do PTSR.

- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
- a) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) żądania od Administratora sprostowania swoich danych osobowych,
  - c) żądania od Administratora usunięcia swoich danych osobowych,
  - d) do zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
  - e) żądania przeniesienia danych osobowych, czyli:
    - otrzymania danych osobowych, które dostarczył/a Pan/Pani Towarzystwu,
    - przesłania Towarzystwu bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe (może też Pan/Pani samodzielnie wysłać otrzymane dane innemu administratorowi).
  - f) wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 9) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora zgodnie z obowiązującą ustawą do czasu wycofania zgody oraz w czasie, w jakim Towarzystwo podlega obowiązkom sprawozdawczym i kontrolnym w zakresie swojej działalności.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią klauzulą informacyjną.

Miejscowość, data .....

Podpis .....