**Бенефіціарна допомога та форма згоди на перекази на банківський рахунок**

Я, [ім’я бенефіціара] (далі «Бенефіціар»), який/а проживає [адреса бенефіціара – район/село/місто], висловлюю моє інформоване рішення взяти участь у Грошовій допомозі опікунам людей з інвалідністю (далі «Проєкт») Міжнародної організації з міграції, організації, яка є частиною системи Організації об’єднаних націй, та представлена своєю місією у Словаччині, [адреса МОМ] (далі «МОМ») на таких умовах, що зазначені у Бенефіціарній допомозі та формі згоди на перекази на банківський рахунок (далі «Форма») від червня до вересня 2022 р.

1. Підписуючи цю Форму, я погоджуюсь використовувати грошову допомогу на Догляд, який я надаю Людині з Інвалідністю. Ім’я людини з інвалідністю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Я розумію, що грошова допомога буде виплачена через банківський переказ на наступний банківський рахунок:

НАЗВА БАНКУ:

ВІДДІЛЕННЯ:

НАЗВА БАНКІВСЬКОГО РАХУНКУ:

НОМЕР БАНКІВСЬКОГО РАХУНКУ:

КОД SWIFT:

IBAN НОМЕР:

1. Підписуючи цю Форму, я погоджуюсь та підтверджую, що МОМ не має інших обов’язків або зобов’язань крім надання мені допомоги, зазначеної вище, за наявності фінансування МОМ.
2. Цим я звільняю, зобов’язуюсь та погоджуюсь убезпечити МОМ, їх службових осіб, працівників, а також агентів від будь-якої відповідальності, втрат чи пошкодження, фізичних ушкоджень або смерті, які були отримані прямо чи опосередковано через мене або будь-яку третю сторону, у зв’язку зі зняттям з рахунку грошової допомоги, яку я отримав.
3. Я підтверджую, що ні я, ні член моєї родини не є співробітником, підрядником, партнером або агентом МОМ.
4. Захист даних

Цим я погоджуюсь, що МОМ та [виконавчий Партнер]/[Банк/будь-яка уповноважена особа або організація, яка діє від імені МОМ, можуть збирати, використовувати, передавати або інакше обробляти персональні дані, які я надав у будь-якій формі, я можу надати у зв’язку з моєю участю у Проєкті. Зокрема, я погоджуюсь та розумію наступне:

а. МОМ та [виконавчий Партнер][Банк] оброблять мої дані з метою надання грошової допомоги та для загальної роботи Проєкту (включаючи моніторинг та оцінку, питання дотримання та внутрішнього адміністрування).

b. для виконання своїх зобов’язань, що належать до обробки моїх персональних даних, МОМ та [Виконавчий партнер]/[Банк] буде відповідати доданим Принципам захисту даних.

с. МОМ поділиться моїми персональними даними у структурах МОМ на основі того, що потрібно знати, або з авторизованими третіми сторонами, які будуть обмежені конфіденційними зобов’язаннями.

d. Я можу попросити МОМ та [Виконавчого партнера]/Банк надати доступ, виправити або видалити мої персональні дані, запросити інформацію щодо обробки моїх персональних даних, або виразити будь-які занепокоєння або скарги, зв’язавшись з МОМ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

7. Я погоджуюсь, що у разі виникнення будь-яких суперечок через або у відношенні цієї Форми, вони мають бути вирішені шляхом переговорів між мною та МОМ. Я погоджуюсь, що ця Форма як і положення про вирішення суперечок регулюються виключно умовами цієї Форми. МОМ залишає за собою право скористатися усіма доступними засобами правового захисту, якщо вважає за необхідне.

8. Нічого у цій формі або пов’язане з нею не вважається відмовою, прямою чи неявною, від будь-яких привілеїв та імунітетів, якими користується МОМ як міжурядова організація.

9. Я розумію, що підписуючи цю форму, я висловлюю свою згоду на цей спосіб передачі та приймаю викладені вище умови. Ця Форма є моїм підтвердженням отримання грошової допомоги.

Заява співробітника МОМ/партнера/агента

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ співробітник [МОМ або у разі якщо співробітник виконавчого партнера, назва виконавчого партнера] з поштовою адресою [адреса], підтверджую, що я прочитав та обговорив цю Форму з особою (особами), зазначеними як бенефіціари у таблиці вище, які особисто прийшли до мене для отримання грошової допомоги за проєктом МОМ з Грошової допомоги особам, які доглядають за особами з інвалідністю, у період з червня до вересня 2022 року. Я підтверджую, що бенефіціар був проінформований про його/її права та обов’язки мовою, яку він/вона розуміє, і що його/її підписи вказують на отримання допомоги, згоду на виконання вищезазначених умов та згоду на використання його/її персональних даних, як описано вище.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Підпис особи, що реєструє ID номер