



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BĘDZIE ROZPATRYWANY WYŁĄCZNIE WTĘDY, GDY ZOSTANIE DOŁĄCZONY DO NIEGO KOMPLET WYMAGANYCH DOKUMENTÓW

Nr.....(nr ewid. nadaje fundacja)

data.....

Imię i nazwisko osoby proszącej o pomoc	
Adres	
Nr telefonu	
Adres e mail	
Imię i nazwisko osoby której prośba dotyczy	
Adres	
Data urodzenia	
Nr telefonu	
Schorzenie	
Adres e mail	

Czy korzystają Państwo z pomocy innej fundacji?

Tak

Jakiej?

Nie

Proszę zaznaczyć jakiej pomocy oczekują Państwo od fundacji:

1. Dofinansowanie do rehabilitacji
2. Dofinansowanie do operacji
3. Dofinansowanie do zakupu leków
4. Dofinansowanie na zakup sprzętu

Dokładane określenie prośby :

.....

.....

.....

.....

Opis sytuacji zdrowotno-materialno-bytowej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dokumenty potrzebne do rozpatrzenia prośby:

I. Prośba o dofinansowanie leczenia

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i koszty leczenia (faktura z apteki może być potwierdzeniem kosztów leczenia tylko i wyłącznie po potwierdzeniu przez lekarza podpisem i pieczętą)
- oświadczenie apteki
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną)
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie, pozostające w gospodarstwie domowym

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-a) o celach pozyskania moich danych osobowych i wyrażam dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w Ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) przez Fundację „Ogniwo” z siedzibą w Jastrzębiu Zdroju ul. Towarowa 4, w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań fundacji.

.....

Data

.....

czytelny podpis