



**Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"**

Załącznik nr 1

.....
data wysłania wniosku

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PROSZĄCEJ O POMOC(OSOBA PEŁNOLETNIA)

.....
ULICA.....
KOD POCZTOWY.....
MIEJSCOWOŚĆ.....
NUMER TELEFONU.....
ADRES E-MAIL.....

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓREJ PROŚBA DOTYCZY

.....
ULICA.....
KOD POCZTOWY.....
MIEJSCOWOŚĆ.....
DATA URODZENIA
NUMER TELEFONU.....
ADRES E-MAIL.....
OPIS SCHORZENIA

CZY KORZYSTALI PAŃSTWO Z POMOCY FUNDACJI?

(zakreślić właściwą odpowiedź)

TAK NIE

*Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"
41-250 Czeladź
ul. Wojkowska 2*

1% KRS 0000364986
www.fundacjanaszezaglebie.com.pl
tel. 791-398-062, 504-062-665
fundacjanaszezaglebie@gmail.com



**Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"**

PROSIMY O ZAZNACZENIE JAKIEJ POMOCY OCZEKUJĄ PAŃSTWO OD FUNDACJI*

1. DOFINANSOWANIA DO REHABILITACJI
2. DOFINANSOWANIA DO OPERACJI
3. DOFINANSOWANIA DO ZAKUPU LEKÓW
4. DOFINANSOWANIA DO ZAKUPU SPRZĘTU MEDYCZNEGO
5. DOFINANSOWANIA DO INNEJ USŁUGI MEDYCZNEJ
6. .INNEJ,.....

*(SKREŚLIĆ NIEPOTRZEBNE)

List dokładnie określający czego dotyczy prośba oraz opis sytuacji rodziny(zdrowotnej i materialno-bytowej)

DANE ADRESOWE

(IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA, ADRES: ULICA, KOD POCZTOWY. MIEJSCOWOŚĆ, NUMER TELEFONU)

.....
.....

Proszę wpisać zgodnie z rodzajem zaznaczonej, oczekiwanej pomocy:

LEKARZ SPECJALISTA

LEKARZ SPECJALISTA.....

LEKARZ SPECJALISTA.....

SKLEP MEDYCZNY.....

APTEKA.....

INSTYTUCJA MEDYCZNA.....

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ.....

INNE.....

DOKUMENTY POTRZEBNE DO ROZPATRZENIA PROŚBY

1. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE POTWIERDZAJĄCE CHOROBE I KOSZTY LECZENIA/REHABILITACJI/ZABIEGU (FAKTURA Z APTEKI MOŻE BYĆ POTWIERDZENIEM KOSZTÓW LECZENIA TYLKO I WYŁĄCZNIE PO POTWIERDZENIU PRZEZ LEKARZA PODPISEM I PIECZĄTKĄ)
2. OŚWIADCZENIE APTEKI/SKLEPU MEDYCZNEGO/INSTYTUCJI MEDYCZNEJ
3. KSEROKOPIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

*Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"
41-250 Czeladź
ul. Wojkowicka 2*

1% KRS 0000364986

www.fundacjanaszezaglebie.com.pl

tel. 791-398-062, 504-062-665

fundacjanaszezaglebie@gmail.com



**Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"**

4. DOKUMENTY FINANSOWE: ZAŚWIADCZENIE O ZAROBKACH, RENCIE, EMERYTURZE, ALIMENTACH, ZASIŁKACH CHOROBYCH I SPOŁECZNYCH, ZAŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BEZROBOTNEJ, ZAŚWIADCZENIE O NIEPOBIERANIU ZASIŁKÓW
5. OPINIA Z OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ(KARTA INFORMACYJNA)
6. FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PODPISANY PRZEZ WSZYSTKIE OSOBY PEŁNOLETNIE , POZOSTAJĄCE W GOSPODARSTWIE DOMOWYM
7. FAKTURA PROFORMA WYSTAWIONA NA OSOBĘ UBIEGAJĄCĄ SIĘ O DOFINANSOWANIE(W PRZYPADKU ZAKUPU SPRZĘTU MEDYCZNEGO/REHABILITACYJNEGO LUB USŁUGI MEDYCZNEJ)

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY PRZEZ FUNDACJĘ I WIEM, ŻE SAM FAKT ZŁOŻENIA NINIEJSZEGO WNIOSKU WRAZ Z WYMAGANYMI DOKUMENTAMI, NIE GWARANTUJE MU UDZIELENIA POMOCY ZE STRONY FUNDACJI.

CZYTELNY PODPIS SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

.....

.....
data wysłania wniosku

*Fundacja Wspierania Rozwoju Zasobów Ludzkich
"Nasze Zagłębie"
41-250 Czeladź
ul. Wojkowicka 2*

1% KRS 0000364986
www.fundacjanaszczaglebie.com.pl
tel. 791-398-062, 504-062-665
fundacjanaszczaglebie@gmail.com