



data wysłania wniosku
(rok –miesiąc – dzień)

WNIOSEK O WSPARCIE
(Prośba o pomoc Fundacji W Związku z Rakiem)

Imię, nazwisko osoby proszącej o pomoc:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Imię i nazwisko osoby, której prośba dotyczy:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Data i miejsce urodzenia:

Nr konta bankowego do przelewów:

Seria i numer dowodu osobistego:

PESEL:

Schorzenie:

Dane osoby, którą upoważniam do kontaktu z Fundacją:

Imię i nazwisko:

e-mail:

nr. Telefonu:

Niniejszym oświadczam, iż wskazana powyżej osoba została poinformowana, o tym, że jej dane osobowe zostały udostępnione Fundacji W Związku Z Rakiem w celu oznaczenia jej jako osobę kontaktową do niniejszego zgłoszenia.

INFORMACJE NA TEMAT BENEFICJENTA

DIAGNOZA:

HISTORIA CHOROBY W KOLEJNOŚCI OD DZIŚ:

NA CO DOKŁADNIE CHCESZ PRZEZNACZYĆ FUNDUSZE:

OPIS SYTUACJI RODZINNEJ I MATERIALNO BYTOWEJ:

KWOTA WNIOSKOWANEJ POMOCY:

CZAS TRWANIA WNIOSKOWANEJ POMOCY:

DANE ADRESOWE:

(Imię, nazwisko/nazwa, adres: ulica, kod pocztowy, miejscowość, numer telefonu)

LEKARZ SPECJALISTA I:

LEKARZ SPECJALISTA II:

LEKARZ SPECJALISTA III:

APTEKA:

SKLEP MEDYCZNY/REHABILITACYJNY:

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ:

WNIOSEK BĘDZIE ROZPATRYWANY WYŁĄCZNIE WTEDY, GDY ZOSTANIE DOŁĄCZONY DO NIEGO KOMPLET WYMAGANYCH DOKUMENTÓW!

WYPEŁNIONY WNIOSEK WRAZ Z ZAŁĄCZNIKAMI NALEŻY PRZESŁAĆ NA ADRES: Fundacja W Związku Z Rakiem ul. Nabycińska 19/306, 53-677 Wrocław.

Załączniki do wniosku o wsparcie:

I. Dokumenty potrzebne do złożenia prośby o dofinansowanie zakupu leków, badań i wizyt lekarskich:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i koszty leczenia (faktura z apteki może być potwierdzeniem kosztów leczenia tylko i wyłącznie po potwierdzeniu przez lekarza i pieczętą)
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitala (z ostatniego okresu)
- kserokopie orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe : zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze
- alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie bezrobotnej, zaświadczenie o nie pobieraniu zasiłków, deklaracja PIT
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną)
- oświadczenie z apteki

II. Dokumenty potrzebne do złożenia prośby o dofinansowanie operacji:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i konieczność przeprowadzenia zabiegu
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitala (z ostatniego okresu)
- kserokopie 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 nie pobieraniu zasiłków, deklaracja PIT
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną)

III. Dokumenty potrzebne do złożenia prośby o dofinansowanie rehabilitacji:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i konieczność rehabilitacji
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)

- kserokopie orzeczenia o niepełnosprawności
- kosztorys rehabilitacji
- 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
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną)

IV. Dokumenty potrzebne do złożenia wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- zaświadczenia potwierdzające przyznanie bądź odmowę przyznania dofinansowania
- kserokopie 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
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących w szczególności mojego stanu zdrowia zawartych w formularzu zgłoszeniowym i załącznikach do formularza na podstawie art. 27 ust.2 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 ze zm.) przez Fundację W Związku Z Rakiem z siedzibą we Wrocławiu, Plac Solny 14/3, 50-062 Wrocław, w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań przedmiotowej Fundacji.

Oświadczam, że zostałam poinformowana o tym, że administratorem moich danych osobowych jest Fundacja W Związku Z Rakiem z siedzibą we Wrocławiu, Plac Solny 14/3, 50-062 Wrocław oraz że podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne ze względu na objęcie mnie opieką fundacji, jak również pouczona zostałam o przysługującym mi prawie do wglądu do moich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania lub żądania ich trwałego usunięcia.

Miejscowość i data

Czytelny Podpis

