

.....
Miejscowość, data

DEKLARACJA

1. DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko

.....

Data urodzenia

.....

Numer PESEL

.....

Adres zamieszkania:

ulica

numer domu

numer lokalu

miejscowość

kod pocztowy

Województwo

2. HISTORIA CHOROBY PODOPIECZNEGO

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

Jednocześnie oświadczam, że kandydat na podopiecznego pozostaje pod stałą opieką:

Poradni/Ośrodka rehabilitacyjnego

.....

Pod opieką lekarza

.....

Z powodu schorzenia

.....

3. DANE KONTAKTOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Imię i nazwisko

.....

Numer telefonu

.....

Adres e-mail

.....

Rodzic/ Opiekun prawny /Inne

.....

4. RODZAJ POMOCY

a) Finansowa – np. dofinansowanie na turnus rehabilitacyjny

b) Rzeczowa – np. zakup sprzętu medycznego, ortopedycznego itp.

c) Zakup leków

d) Inne

– jakie

.....

pomoc jednorazowa/ pomoc długofalowa*

Szczegółowy cel gromadzenia środków:

.....

.....

.....

.....

5. Czy Podopieczny jest pod opieką innej fundacji

TAK

NIE

Jeśli

TAK:

Nazwa fundacji

.....

Czy podana fundacja zastrzega sobie wyłączność do opieki nad Podopiecznym

TAK

NIE

6. Pasje, marzenia lub hobby podopiecznego.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że informacje podane w formularzu są zgodne z prawdą. Ponadto oświadczam, że posiadam upoważnienie do przekazania danych innych osób, które znajdują się w niniejszym formularzu.

W przypadku celowego podania nieprawdziwych informacji, Fundacja ma prawo do usunięcia Podopiecznego z Ewidencji.

.....
Data, czytelny podpis

Załączniki:

- Apel o pomoc
- Zaświadczenie/oświadczenie o zarobkach osób utrzymujących gospodarstwo domowe
- Zaświadczenie z Urzędu Pracy –jako osoba zarejestrowana jako bezrobotna z prawem do/lub bez do zasiłku
- Odcinek emerytury/renty
- Zaświadczenie z PCPR, OPS lub innych organizacji pozarządowych o pobieranej pomocy finansowej i/lub rzeczowej
- Opinia lekarza prowadzącego z opisem przypadku oraz potrzebnym leczeniem
- Orzeczenieo niepełnosprawności
- Inne dokumenty poświadczające trudną sytuację
- Kserokopia historii choroby
- Kserokopia dowodów osobistych rodziców/opiekunów prawnych
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i współpracę
- Zgoda na wykorzystanie wizerunku
- Min. 2 zdjęcia podopiecznego (najlepiej przesłać e-mailem)

ZGODY

1) Wyrażam zgodę na kontakt z darczyńcą na czas nieokreślony

TAK

NIE

Udzielenie zgody oznacza, że w celu umożliwienia osobistego kontaktu z darczyńcą w ramach pomocy Fundacji Nieinni, darczyńcy mogą zostać przekazane dane osobowe zawartej w formularzu tj. imiona, nazwiska, historia choroby, numer telefonu oraz adres.

2) Wyrażam zgodę na kontakt z mediami na czas nieokreślony

TAK

NIE

Udzielenie zgody oznacza, że dane osobowe zawarte w formularzu tj. imiona, nazwiska, historia choroby, numer telefonu oraz adres mogą zostać przekazane dziennikarzom, w celu umożliwienia kontaktu z Państwem.

.....
Data, czytelny podpis