

Mysłowice, dnia
(data)

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY

numer wniosku:
(wypełnia Fundacja)

Uwaga! W przypadku osoby pełnoletniej, nie posiadającej opiekuna prawnego, należy wypełnić wyłącznie część A i dalej (z pominięciem części B).

CZĘŚĆ A. DANE ZGŁASZANEGO

imię (imiona):				
nazwisko:				
data urodzenia:				
miejsce urodzenia:				
pesel:				
adres zameldowania:				
	kod pocztowy	miejsowość	ulica	numer domu/ lokalu
adres zamieszkania (jeśli inny niż zameldowania)				
	Kod pocztowy	miejsowość	ulica	Numer domu/ lokalu
adres do korespondencji:	podany adres zameldowania / zamieszkania (właściwe podkreślić)			
	*			
numer kontaktowy:				
adres e-mail:				

CZĘŚĆ B.**DANE KONTAKTOWE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO**

imię:				
nazwisko:				
data urodzenia:				
stopień pokrewieństwa:				
adres zameldowania:				
	kod pocztowy	miejsowość	ulica	numer domu/ lokalu
adres zamieszkania (jeśli inny niż zameldowania)				
	Kod pocztowy	miejsowość	ulica	Numer domu/ lokalu
adres do korespondencji:	podany adres zameldowania / zamieszkania / inny* (właściwe podkreślić)			
	*			
numer kontaktowy:				
adres e-mail:				

Ilość osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe:	
---	--

ŹRÓDŁA DOCHODÓW

Lp.	dochody rodziny (w przypadku więcej niż jednego rodzaju świadczenia należy podać obie kwoty)	Kwota (netto) miesięcznie
1.	wynagrodzenie (średnia z ostatnich 3 miesięcy)	
2.	zasiłek rodzinny	
3.	zasiłek pielęgnacyjny	
4.	świadczenie pielęgnacyjne	
5.	zasiłek stały	
6.	zasiłek okresowy przyznany na więcej niż 3 miesiące	
7.	zasiłek dla bezrobotnych	
8.	zasiłek z tytułu samotnego wychowywania dziecka	
9.	fundusz alimentacyjny	
10.	alimenty zasądzone sądownie	
11.	zasiłek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej	
12.	zasiłek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego	

13.	zasiłek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza jego miejscem zamieszkania	
14.	dochód z gospodarstwa rolnego	
15.	dodatek mieszkaniowy	
16.	zasiłek przedemerytalny	
17.	świadczenie emerytalne / rentowe	
	inne	
		RAZEM:

Czy osoba potrzebująca pomocy posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	TAK* / NIE (właściwe podkreślić) * Jeśli tak, prosimy o dołączenie kopii
--	--

Miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny (średnia z ostatnich 3 miesięcy)	
---	--

Moja sytuacja materialno – bytowa nie pozwala na sfinansowanie leczenia i rehabilitacji i/bądź innych wydatków z tym związanych TAK / NIE (właściwe podkreślić)

Jestem (moje dziecko jest) podopiecznym organizacji pozarządowej (Fundacja, Stowarzyszenie): * Jeśli tak to jakiej:	TAK* / NIE (właściwe podkreślić)
Czy w ciągu ostatniego roku uzyskali Państwo pomoc organizacji pozarządowej?	TAK** / NIE (właściwe podkreślić)
** Jeśli tak, proszę wypisać <u>nazwy organizacji pozarządowych</u> od których w ciągu ostatniego roku otrzymali Państwo pomoc; <u>cel pomocy</u> oraz <u>kwoty pomocy</u> :	

Jakiej pomocy oczekują Państwo od Fundacji?

Prosimy sprecyzować oczekiwany rodzaj pomocy, np. sfinansowanie rehabilitacji, innych terapii, leków, zakup sprzętu, urządzenia rehabilitacyjnego, medycznego, cyfrowego, pomoc psychologiczno – pedagogiczna itp.

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(czytelny podpis podopiecznego lub rodzica /opiekuna prawnego)