



AntyRak
fundacja

**WNIOSEK O UZYSKANIE STATUSU PODOPIECZNEGO
FUNDACJI ONKOLOGICZNEJ „ANTYRAK”**

Miejscowość,..... Data.....

Wnioskodawca (potrzebujący)

Imię.....

Nazwisko.....

Pesel

Adres zamieszkania

Adres zameldowania

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu

Adres e-mail

Strony www/Facebook o Potrzebującym

Fundacje do których należy potrzebujący

Nr rachunku bankowego/nazwa banku/właściciel rachunku na który będą przekazywane środki w ramach refundacji świadczeń

.....

.....

Przedstawiciel ustawowy Wnioskodawcy (rodzic/opiekun)

Imię.....

Nazwisko.....

Pesel

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu

Adres e-mail

Reprezentant Podopiecznego

Imię.....

Nazwisko.....

Pesel

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu

Adres e-mail

Działając osobiście/jako przedstawiciel ustawowy wnoszę o nadanie statusu podopiecznego ze względu na poniższą sytuację zdrowotną/społeczną (opis sytuacji)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Szacunkowa wartość wnioskowanego wsparcia w złotych:

.....

Cel na jaki planowane jest wydatkowanie zebranych środków

.....

.....

.....

Kwota posiadanych środków w złotych:

Własnych

W innych Fundacjach

Sytuacja materialna:

Ilość osób we wspólnym gospodarstwie domowym w tym dzieci

Dochody miesięczne rodziny netto ze wszystkich źródeł finansowania

Łączne opłaty stałe (np. czynsz, kredyty, prąd)

Łączne wydatki związane z miesięcznym leczeniem wnioskodawcy

Miejsce pracy członków rodziny wraz z adresem i telefonem kontaktowym

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

Oświadczam, że suma zebranych do tej pory środków i sytuacja rodzinna nie pozwala na samodzielne finansowanie celu. Wszystkie podane przeze mnie dane powyżej są prawdziwe i zobowiązuję się do ich aktualizacji w przypadku zmiany.

Wyrażam zgodę (w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku) na wykorzystanie wizerunku zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Świadczenia Pomocy przez Fundację Onkologiczną „AntyRak”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz informacji o stanie zdrowia zawartych we wniosku i załącznikach przez Fundację Onkologiczną „AntyRak” z siedzibą w Murowańcu, ul. Sowia 10, wpisaną do Rejestru Stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy pod nr 0000744402.

Dane będą przetwarzane na potrzeby realizacji wniosku. Administratorem danych osobowych jest Fundacja „AntyRak”. Kontakt z administratorem ochrony danych jest możliwy pod adresem poczty elektronicznej: kontakt@antyrak-fundacja.pl

Wnioskodawca/Przedstawiciel ustawowy Wnioskodawcy

(czytelny podpis)

.....

Reprezentant

(czytelny podpis)

.....

ZAŁĄCZNIKI:

- Kserokopie historii choroby poświadczone za zgodność przez lekarza lub/i wypisy ze szpitala stwierdzające stan chorobowy lub/i opinia lekarza prowadzącego z opisem przypadku oraz potrzebnym leczeniem
- Orzeczenie o niepełnosprawności
- Zaświadczenie/oświadczenie o zarobkach osób utrzymujących gospodarstwo domowe
- Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające prawo lub brak prawa do zasiłku
- Odcinek emerytury lub renty
- Zaświadczenie z OPC lub innych organizacji rządowych i pozarządowych o pobieranej pomocy finansowej i/lub rzeczowej
- Inne dokumenty poświadczające trudną sytuację
- Kserokopię dokumentu tożsamości wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy/reprezentanta
- Apel o pomoc
- Zdjęcie Podopiecznego (w formie elektronicznej)