

.....
/miejsowość, data/

Zarząd
Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka
ul. Krowoderska 24/1
31-142 Kraków

Wnioskuje o przyznanie mi pomocy finansowej w ramach „Funduszu Dziecka Chorego” na dziecko:
(imię i nazwisko dziecka niepełnosprawnego).

Prośbę swoją motywuję ciężką sytuacją materialną/rodzinną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka ul. Krowoderska 24/1, 31-142 Kraków, moich następujących danych osobowych (rodzic lub opiekun prawny):

1. Imię:

2. Nazwisko:

3. Miejsce zameldowania: -

4. Adres do korespondencji (**jeżeli jest inny niż adres stałego zameldowania**):

5. Numer telefonu:

6. Data urodzenia: . . r.

7. Miejsce urodzenia:

8. Imię ojca i matki:

9. PESEL:

10. Adres i nazwa Urzędu Skarbowego:

11. Nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W skład rodziny wchodzi (rodzica ubiegającego się o pomoc, proszę nie wpisywać, gdyż jest wpisany na str. 1):

	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dzień–miesiąc–rok)	Niepełnosprawność
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Poniżej proszę zaznaczyć i uzupełnić odpowiednie pola:

Pomoc z opieki społecznej: nie tak, w wysokości zł
 jednorazowo regularnie

Pomoc z innych organizacji: nie tak, w wysokości zł
 jednorazowo regularnie

Warunki lokalowe: mieszkanie własne/ rodziny/ wynajmowane
 ilość pokoi i metrów kwadratowych:

Planowany termin porodu (dzień – miesiąc – rok):

Informacje dotyczące dziecka niepełnosprawnego:

- czy dziecko wymaga całodobowej pomocy jednego z rodziców? nie tak

- czy dziecko wymaga rehabilitacji? nie tak.:

.....

.....

- czy dziecko wymaga specjalistycznego sprzętu? nie tak:

.....

.....

- czy dziecko wymaga podawania odpowiednich leków? nie tak:

.....

.....

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że w czasie otrzymywania pomocy ze Stowarzyszenia będę osobiście sprawować opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym.
2. Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem „Funduszu Dziecka Chorego” i akceptuję jego postanowienia.

Do wniosku dołączam:

- 1) Zaświadczenie lekarskie potwierdzające pozostawanie kobiety ciężarnej pod opieką medyczną.
- 2) Dokument stwierdzający, że nienarodzone dziecko jest chore.
- 3) Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.
- 4) Historię medyczną dziecka niepełnosprawnego (do wglądu).
- 5) Akty urodzenia dzieci do 18 r. życia – do wglądu lub ksero.
- 6) Zaświadczenie o zarobkach za 2017 r. z Urzędu Skarbowego (wydawane bezpłatnie) **wszystkich osób od 18 r. życia** (dzieci i rodzice). Jeżeli dzieci pełnoletnie się uczą w trybie dziennym wystarczy zaświadczenie ze szkoły lub uczelni.
- 7) Potwierdzenie samotnego wychowywania dziecka/dzieci (dotyczy kobiet, które mają dzieci i samotnie je wychowują), może to być: kopia odpisu prawomocnego wyroku sądu zasądzającego alimenty na rzecz osób w rodzinie lub kopia odpisu protokołu zawierającego treść ugody sądowej, aktualna decyzja z MOPS lub Urzędu Miasta/Gminy dotycząca dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka, alimentów z funduszu alimentacyjnego itp.

.....
/czytelny podpis/