

# Formularz dofinansowania rehabilitacji



<b>Pola oznaczone symbolem * należy obowiązkowo wypełnić!</b>	<b>DATA:</b> (wypełnia fundacja)
	<b>NR WNIOSKU:</b> (wypełnia fundacja)
<b>1. Dane osobowe</b>	
* Imię i nazwisko dziecka, którego dotyczy prośba:	
* Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna:	
* Data urodzenia dziecka (rrrr-mm-dd):	_____ / _____ / _____
* Adres zamieszkania:	Ulica:
	Kod: _____ - _____
	Miasto:
* Numer telefonu:	
Adres e-mail:	
<b>2. Zdrowie</b>	
* Problem zdrowotny:	
Dodatkowe schorzenia:	
* Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
* Cel dofinansowania:	<input type="checkbox"/> rehabilitacja <input type="checkbox"/> turnus rehabilitacyjny - nazwa ośrodka: _____ <input type="checkbox"/> leczenie <input type="checkbox"/> sprzęt medyczny i rehabilitacyjny

* Dokładny koszt:	zł
<b>3. Sytuacja rodzinna</b>	
* Czy wychowuje Pan(i) dziecko samotnie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
* Czy dziecko ma niepełnosprawne rodzeństwo?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
* Czy jest Pan(i) dla dziecka rodzicem adopcyjnym?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
* Czy jest Pan(i) dla dziecka opiekunem zastępczym?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>4. Sytuacja finansowa (rodziny zastępcze niespokrewnione i rodzinne domy dziecka nie muszą wypełniać sekcji 4)</b>	
* Liczba osób w gospodarstwie domowym:	
* Łączny dochód członków gospodarstwa domowego na miesiąc:	zł
* - z pracy zarobkowej - działalności gospodarczej - emerytury:	zł
* - z zasiłków:	zł
<b>5. Dodatkowe informacje</b>	
Dodatkowe informacje, które mogą wpłynąć na decyzję:	
<b>6. Załączniki</b>	
* Załączniki: (zaznaczyć załączone dokumenty)	<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie / karta informacyjna ze szpitala <input type="checkbox"/> karta informacyjna / opinia z OPS lub PCPR <input type="checkbox"/> zaświadczenie o wysokości dochodów <input type="checkbox"/> informacja o pozostałych źródłach finansowania
<b>7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych</b>	
<p>Ja wyżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka wymienionych w formularzu zgłoszeniowym, przez administratora danych Fundację Przyjaciółka z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wiejskiej 19. Dane mogą być udostępnione innym podmiotom w ramach procesu pomocy dzieciom chorym i niepełnosprawnym. Oświadczam także, że wszystkie informacje podane w zgłoszeniu są prawdziwe i upoważniam Fundację Przyjaciółka do ich weryfikacji.</p> <p>Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997. Nr 133, poz. 833)</p>	<p>_____</p> <p>Podpis rodzica / opiekuna</p>