

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO FUNDACJI KOLOROWE MOTYLE

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA:

Data i miejscowość wypełnienia formularza

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZWRACAJĄCEJ SIĘ O POMOC (OSOBA PEŁNOLETNIA)	
ULICA	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
NUMER TELEFONU	
ADRES E - MAIL	

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓREJ PROŚBA DOTYCZY	
ULICA	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
NUMER TELEFONU	
DATA URODZENIA	
ADRES E - MAIL	

**WNIOSKODAWCA WYSTĘPUJE O NASTĘPUJĄCĄ FORMĘ POMOCY – WŁAŚCIWE
PODKREŚLIĆ:**

a) leczenie oraz rehabilitacja nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym;

b) leczenie specjalistyczne bezpośrednio związane z ratowaniem życia i zdrowia, w tym zabiegi operacyjne w kraju i za granicą niepodlegające refundacji na zasadach ogólnych;

c) pobyt na turnusie rehabilitacyjnym, w tym również pobyt jednego opiekuna – w przypadku dzieci lub osoby, która w orzeczeniu o niepełnosprawności ma wskazane konieczność pomocy osoby trzeciej;

Do wniosku załączam:

A ponadto oświadczam, że

- a) sytuacja materialna i życiowa nie pozwala na samodzielne sfinansowanie leczenia i rehabilitacji wnioskodawcy oraz innych związanych z tym wydatków,
- b) zapoznałem się z Regulaminem Fundacji Kolorowe Motyle,
- c) jestem kandydatem / rodzicem / opiekunem prawnym kandydata i wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna, wnioskodawcy)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

zam.

Wyrażam zgodę na:

przetwarzanie przez Fundację Kolorowe Motyle informacji podanych przeze mnie o sytuacji mojej rodziny lub osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie (w tym o sytuacji życiowej, rodzinnej, finansowej lub o stanie zdrowia) w zakresie, jaki nie jest niezbędny do wykonania przez Fundację Kolorowe Motyle jej celów statutowych, dla celów uzyskania pomocy z Fundacji Kolorowe Motyle

weryfikację mojej sytuacji życiowej, rodzinnej, finansowej lub zdrowotnej w Ośrodkach Pomocy Społecznej lub Ośrodkach Pomocy Rodzinie właściwych dla mnie miejscowo i przekazanie przez ten podmiot moich danych osobowych do Fundacji Kolorowe Motyle w celu uzyskania pomocy z Fundacji Kolorowe Motyle.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna, wnioskodawcy)

**POUCZENIE –
DOKUMENTY POTRZEBNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU**

1. W przypadku prośby o dofinansowanie zakupu leków:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i koszty leczenia,
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu),
- oświadczenie apteki,
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności,
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną),
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie, pozostające w gospodarstwie domowym.

2. Prośba o dofinansowanie rehabilitacji

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę oraz konieczność rehabilitacji
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- kosztorys rehabilitacji
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną)
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie, pozostające w gospodarstwie domowym

3. Prośba o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- faktura pro forma wystawiona na osobę ubiegającą się o dofinansowanie
- zaświadczenia potwierdzające przyznanie bądź odmowę przyznania dofinansowania
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną)
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie, pozostające w gospodarstwie domowym

4. Prośba o dofinansowanie operacji

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i konieczność przeprowadzenia zabiegu
- kserokopie kart informacyjnych ze szpitali (z ostatniego okresu)
- faktura pro forma wystawiona na Fundację
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- dokumenty finansowe: zaświadczenie o zarobkach, pobieranej rencie, emeryturze, alimentach, decyzje o zasiłkach chorobowych i zasiłkach społecznych lub zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o niepobieraniu zasiłków, deklaracja PIT (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- opinia z Ośrodka Pomocy Społecznej (zwana inaczej kartą informacyjną)
- formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie osoby pełnoletnie, pozostające w gospodarstwie domowym.