



BEZ BARIER
STOWARZYSZENIE POMOCY
OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM



**Wniosek o przyznanie dofinansowania na zakup leków/środków medycznych w ramach projektu
„DOSTĘPNOŚĆ DO ZDROWIA”**

Zakliczyn, dn.....2020r

.....wiek.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Numer telefonu *Pesel*

Zwracam się do Stowarzyszenia Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barrier” z prośbą o dofinansowanie zakupu leków/środków medycznych.

Oświadczam, że:

a) Samotnie wychowuję dziecko/dzieci
Imiona i nazwiska dzieci

b) Jestem osobą niepełnosprawną.....
Stopień niepełnosprawności lub równoważny

c) Jestem rencistą/emerytem.....
W przypadku renty proszę podać na jaki okres jest ona przyznana

d) Jestem osobą przewlekle chorą.....
Rodzaj schorzenia

e) Posiadam dziecko przewlekle chore
Rodzaj schorzenia

f) Uległam/em wypadkowi komunikacyjnemu
Data i rodzaj uszczerbku na zdrowiu

g) Jestem osobą bezrobotną z prawem do zasiłku w wysokości:zł, bez zasiłku.....

2. Dochody w gospodarstwie domowym wynoszą miesięczniezł.

Gospodarstwo domowe składa się zosób.

3. Uwagi własne mające znaczenie przy ocenie wniosku

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

4. Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.

Załączniki do wniosku: zaświadczenie lekarskie o potrzebie stałego leczenia, kserokopia karty leczenia szpitalnego, dokument potwierdzający dochód, rachunki dokumentujące ponoszone wydatki na leki (w miesiącu), orzeczenie o niepełnosprawności

.....
Podpis wnioskodawcy

5. Ocena wniosku

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