



BEZ BARIER
STOWARZYSZENIE POMOCY
OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

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

Zakliczyn, dn.....

.....wiek.....

Imię i nazwisko

Adres

Numer telefonu, Pesel

Zwracam się do Stowarzyszenia Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” 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 w przeliczeniu na 1 osobę wynoszą miesięcznie
.....zł.

Gospodarstwo domowe składa się zosób.

3. Średnia miesięczna wysokość wydatków na leki wynosi:.....zł

4. Uwagi własne mające znaczenie przy ocenie wniosku

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

.....

Podpis wnioskodawcy

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

5. Ocena wniosku

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