Dignitas Dolentium
ul. Gorczańska 26
34-400 Nowy Targ
mnd-sla@wp.pl

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ „POMOCNA DŁOŃ" XV EDYCJA

Proszę o jednorazową pomoc finansową stowarzyszenie Dignitas Dolentium w wysokości 900 zł w ramach programu „Pomocna dłoń". Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem programu „Pomocna dłoń" i akceptuję zasady w nim opisane.

CHORY

Imię*: ..... **Nazwisko***: .....

Ulica*: ..... **Numer domu/mieszkania***: .....

Kod pocztowy*: ..... **Miasto***: .....

Nr telefonu: ..... Adres email: .....

Numer konta bankowego*: .....

OPIEKUN

Imię*: ..... **Nazwisko***: .....

Ulica*: ..... **Numer domu/mieszkania***: .....

Kod pocztowy*: ..... **Miasto***: .....

Nr telefonu*: ..... **Adres email***: .....

**** Dane, które muszą być wpisane!***

....

Data

Podpis chorego lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

Gdy chory nie da rady się podpisać, wystarczy, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis.

Drodzy chorzy i opiekunowie,
Ludzie pomagający przy programie Pomocna Dłoń nie czerpią z tego żadnych korzyści majątkowych, poświęcają swój prywatny czas oraz dokładają wszelkich starań, by udzielić Państwu pomocy w walce z tą straszną chorobą. Prosimy więc o wyrozumiałość i informacje na mnd-sla@wp.pl, jeżeli pomoc finansowa nie dotrze w ciągu miesiąca od wysłania wniosku.

Załączniki:
- **zaświadczenie lekarskie** na naszym wzorze (aby było ważne musi być data, podpis i pieczątka!)
- **kopia szpitalnego wypisu** z rozpoznaniem MND (*Motor neuron disease G12.2 ICD-10*) czyli: SLA, PLS, PMA lub PBP.