

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 (chorego lub rodziny): Adres email (chorego lub rodziny):

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 pieczęć!)
- **kopia szpitalnego wypisu** z rozpoznaniem MND (*Motor neuron disease G12.2 ICD-10*) czyli: SLA, PLS, PMA lub PBP.