

## WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ „POMOCNA DŁOŃ” XVI 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](mailto: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.