



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BĘDZIE ROZPATRYWANY WYŁĄCZNIE WTEDY, GDY ZOSTANIE DOŁĄCZONY DO NIEGO KOMPLET WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

.....  
data wysłania wniosku  
(rok - miesiąc - dzień)

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PROSZĄCEJ O POMOC (OSOBA PEŁNOLETNIA)	
ULICA	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓREJ PROŚBA DOTYCZY	
ULICA	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
NUMER TELEFONU	
DATA URODZENIA	
SCHORZENIE	
ADRES E-MAIL	

**CZY KORZYSTALI JUŻ PAŃSTWO Z POMOCY FUNDACJI ?**

TAK

NIE



**FUNDACJA JESTEŚMY RAZEM** | ul. Armii Polskiej 7, 76-004 Sianów  
pomoc@sianowskafundacja.pl | tel. 511 628 628 | tel. 510 097 606  
KRS: 0000510345 | NIP: 4990650206 | MBANK: 29 1140 2004 0000 3802 7519 4463



## WNIOSEK O POMOC

### PROSIMY O ZAZNACZENIE JAKIEJ FUNDACJI OCZEKUJĄ PAŃSTWO OD FUNDACJI:

- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| DOFINANSOWANIE DO REHABILITACJI | <input type="checkbox"/> |
| DOFINANSOWANIE DO OPERACJI      | <input type="checkbox"/> |
| DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU LEKÓW  | <input type="checkbox"/> |
| DOFINANSOWANIE DO SPRZĘTU       | <input type="checkbox"/> |

### LIST DOKŁADNIE OKREŚLAJĄCY CZEGO DOTYCZY PROŚBA ORAZ OPIS SYTUACJI RODZINY (ZDROWOTNEJ I MATERIALNO - BYTOWEJ)





W związku z opisaną sytuacją wnioskuję o pomoc w wysokości.....

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym:

Lp.	Nazwisko i imię, wiek	Stopień pokrewieństwa

Średni miesięczny dochód (netto) na 1 członka rodziny wynosi: .....

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

.....

/miejsowość, data/

.....

/podpis/

