

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

| | |
|---|--|
| 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 DLA
OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO ?**

TAK

NIE

PROSIMY O ZAZNACZENIE JAKIEJ POMOCY OCZEKUJĄ PAŃSTWO
OD FUNDACJI DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO

DOFINANSOWANIE DO REHABILITACJI

DOFINANSOWANIE DO OPERACJI

DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU LEKÓW

DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU SPRZĘTU

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