Stowarzyszenie
OMNIBUS
ORGANIZACJA NON-PROFIT

ul. Stefana Batorego 26, 43-200 Pszczyna
885-610-077, 605-504-842
stow.omnibus@wp.pl
www.omnibus.pless.pl

WNIOSEK
O UDZIELENIE POMOCY

załącznik do Regulaminu przyznawania pomocy przez Stowarzyszenie „Omnibus”

Numer wniosku

……
wypełnia Stowarzyszenie

……, …… 202… r.
miejscowość, *data*

CZĘŚĆ I. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

DANE WNIOSKUJĄCEGO:

Imię i nazwisko opiekunów prawnych wnioskujących o pomoc:	
Data urodzenia:	
Adres zameldowana:	
Adres do korespondencji:	
Seria i numer dowodu osobistego:	
PESEL:	
Numer telefonu i adres e-mail	

KWOTA I PRZEZNACZENIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH:

Imię i nazwisko (kogo dotyczy?)	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Nazwa i opis schorzenia:	…… …… …… ……
Kwota wnioskowanej pomocy:	
Cel dofinansowania (na co mają być wydatkowane pozyskane środki): - pobyt na turnusie rehabilitacyjnym, - dofinansowanie rehabilitacji indywidualnej, - dofinansowania sprzętu medycznego (sprzęt rehabilitacyjny, sprzęt ortopedyczny, protezy, wyposażenie), - dofinansowanie kosztów konsultacji medycznych i leczenia poza stałym miejscem zamieszkania, w tym również kosztów dojazdu i zakwaterowania, - dofinansowanie zakupu suplementów diety, leków i innych środków medycznych, - dofinansowanie dodatkowych zajęć sportowych i artystycznych, - dofinansowanie innych działań zgodnych ze statutem stowarzyszenia.	…… …… …… …… …… …… ……
Ilość osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie rodzinnym:	
Źródła dochodu w gospodarstwie:	……

	…… ……
Miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny (średnia z 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku):	…….. zł netto na 1 osobę

Moje dziecko jest podopiecznym organizacji pozarządowej (Stowarzyszenie, Fundacja): ***TAK/NIE*** *(niepotrzebne skreślić).*

Jakiej? *……..……...*

……

W ostatnich 6 miesiącach uzyskało pomoc organizacji pozarządowej: ***TAK/NIE (****niepotrzebne skreślić).*

Proszę **wpisać nazwy organizacji pozarządowych**, od których w ciągu ostatnich **6 miesięcy** otrzymało pomoc, **cel pomocy** oraz **kwotę**:

……

……

Sposób przekazania dofinansowania (proszę zakreślić odpowiednie pole):

☐ refundacja kosztów faktury/części kosztów faktury na konto (*niepotrzebne skreślić)*:

właściciel rachunku….....

nr konta ….....

☐ wpłacanie środków finansowych na konto danego ośrodka/rehabilitanta/zakładu/sklepu medycznego na podstawie oryginału faktury wystawionej na Stowarzyszenie „Omnibus" z dopiskiem tj. imię i nazwisko dziecka, dla którego dofinansowujemy i sprecyzowaniem czego dotyczy dofinansowanie: turnus/rehabilitacja/sprzęt medyczny.

1. Oświadczam, iż zapoznałem/am się i akceptuję warunki zawarte w Regulaminie udzielania pomocy przez Stowarzyszenie „Omnibus”.
2. Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych.
3. Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych na zasadach określonych w Ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie oraz publikację danych osobowych (wizerunek osoby, imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, treść wniosku i opis choroby: całości, wybranych fragmentów lub zwięzłego streszczenia) przez Stowarzyszenie „Omnibus”, w celu podjęcia wszelkich działań mających na celu pozyskanie środków finansowych do udzielenia pomocy, a także do celów informacyjnych lub promocyjnych dotyczących działalności Stowarzyszenia „Omnibus” w publikowanych materiałach.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……

……
(Data i czytelny podpis osoby wnioskującej o pomoc)

CZĘŚĆ II. WYPEŁNIA STOWARZYSZENIE:

Wniosek został rozpatrzony: pozytywnie/negatywnie *(niepotrzebne skreślić)*

Rodzaj i czas, na jaki pomoc została udzielona: ……

……

……

……

……

Kwota: ……

Opinia (lub ewentualne uwagi dotyczące realizacji pomocy):

……

……

……

……

……

……

……

……..
(data, podpis i pieczątka Stowarzyszenia)