

W skład rodziny wchodzi (rodzica ubiegającego się o pomoc, proszę nie wpisywać, gdyż jest wpisany na str. 1):

	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dzień–miesiąc–rok)	Niepełnosprawność
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Poniżej proszę zaznaczyć i uzupełnić odpowiednie pola:

Pomoc z opieki społecznej: nie tak, w wysokości zł
 jednorazowo regularnie

Pomoc z innych organizacji: nie tak, w wysokości zł
 jednorazowo regularnie

Warunki lokalowe: mieszkanie własne / rodziny / wynajmowane
 liczba pokoi i metrów kwadratowych:

Planowany termin porodu (dzień – miesiąc – rok):

Informacje dotyczące dziecka niepełnosprawnego:

- czy dziecko wymaga całodobowej pomocy jednego z rodziców? nie tak
 - czy dziecko wymaga rehabilitacji? nie tak.:

- czy dziecko wymaga specjalistycznego sprzętu? nie tak:

- czy dziecko wymaga podawania odpowiednich leków? nie tak:

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że w czasie otrzymywania pomocy ze Stowarzyszenia będę osobiście sprawować opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym.
2. Oświadczam, że znany jest mi Regulamin „Funduszu Dziecka Chorego” i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że znana jest mi klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka, dostępna pod adresem internetowym www.pro-life.pl/klauzula, i akceptuję jej zapisy. Treść klauzuli otrzymam w formie wydruku razem z decyzją o rozpatrzeniu wniosku.

Do wniosku dołączam:

- 1) Podpisany regulamin „Funduszu Dziecka Chorego”.
- 2) Zaświadczenie lekarskie potwierdzające pozostawanie kobiety ciężarnej pod opieką medyczną.
- 3) Dokument stwierdzający, że nienarodzone dziecko jest chore.
- 4) Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.
- 5) Historię medyczną dziecka niepełnosprawnego (do wglądu).
- 6) Akty urodzenia dzieci do 18 r. życia – do wglądu lub ksero.
- 7) Zaświadczenie o zarobkach za 2017 r. z Urzędu Skarbowego (wydawane bezpłatnie) **wszystkich osób od 18 r. życia** (dzieci i rodzice). Jeżeli dzieci pełnoletnie się uczą w trybie dziennym wystarczy zaświadczenie ze szkoły lub uczelni.
- 8) Potwierdzenie samotnego wychowywania dziecka/dzieci (dotyczy kobiet, które mają dzieci i samotnie je wychowują), może to być: kopia odpisu prawomocnego wyroku sądu zasądzającego alimenty na rzecz osób w rodzinie lub kopia odpisu protokołu zawierającego treść ugody sądowej, aktualna decyzja z MOPS lub Urzędu Miasta/Gminy dotycząca dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka, alimentów z funduszu alimentacyjnego itp.

.....
/czytelny podpis/

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych w niniejszym formularzu danych osobowych moich i członków mojej rodziny, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, przez Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka z siedzibą w Krakowie, w celu umożliwienia analizy mojej sytuacji w związku z wnioskiem o pomoc finansową w ramach „Funduszu Dziecka Chorego”.

.....
/czytelny podpis/