

**Wniosek  
o dofinansowanie leczenia, terapii, rehabilitacji  
lub zakupu sprzętu w ramach Programu „Pomagajka” Fundacji „Ogród  
Marzeń”**

**1. Dane wnioskodawcy:**

Imię i Nazwisko

Stopień pokrewieństwa (np. matka, ojciec, opiekun prawny)

Adres

Telefon

E-mail

**2. Dane osoby, której wniosek dotyczy**

Imię i Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres

Schorzenie

**3. Czy korzystali już Państwo z Pomocy Fundacji „Ogród Marzeń”?**

TAK

NIE

Jeśli zaznaczyli Państwo odpowiedź TAK, prosimy napisać, z jakiej formy pomocy Państwo korzystali.

.....  
.....  
.....

**4. Prosimy o zaznaczenie, jakiej pomocy oczekują Państwo od Fundacji:**

DOFINANSOWANIE DO REHABILITACJI

DOFINANSOWANIE DO OPERACJI

DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU LEKÓW

DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU SPRZĘTU

INNE - jakiej?.....

**5. Prosimy o zaznaczenie, w jakim przedziale kwotowym oczekują Państwo pomocy:**

100 zł – 500 zł

600 zł – 1000 zł

1100 zł – 2000 zł

Powyżej 2000 zł

**6. Treść wniosku:** (Prosimy o dokładne opisanie, czego dotyczy prośba oraz prosimy opisać sytuację rodzinną, materialno-bytową)

Zwracam się o przyznanie dofinansowania do .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



### **W załączeniu:**

- 1) oświadczenie o sytuacji majątkowej rodziny
- 2) opinia lekarza
- 3) orzeczenie o niepełnosprawności - kopia (jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej),
- 4) kserokopie dokumentacji z dotychczasowej rehabilitacji oraz leczenia,
- 5) zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o sytuacji materialno-bytowej rodziny i formach udzielonej pomocy - aktualne, nie starsze niż 3 miesiące, jeśli rodzina jest pod opieką OPS

## **PROCEDURA**

**Wniosek będzie rozpatrywany wyłącznie wtedy, gdy zostanie dołączony do niego komplet wymaganych dokumentów.**

Pieniądze na leczenie będą przekazywane wyłącznie do instytucji na podstawie faktur wystawionych na dane Fundacja „Ogród Marzeń” 63-200 Jarocin, ul. Kasprzaka 1 A NIP: 617 21 96 185 z dopiskiem – imię i nazwisko osoby otrzymującej pomoc. Forma płatności faktury to przelew z terminem co najmniej 7 dni. W tym celu każdy z Państwa, kto będzie ubiegał się o pomoc Fundacji „OGRÓD MARZEŃ” na leczenie, będzie musiał znaleźć instytucję, która wyrazi zgodę na takie rozwiązanie. Fakturę należy dostarczyć do siedziby Fundacji w ciągu 5 dni od jej wystawienia.

W umowie zawartej z podopiecznym znajdzie się zapis stanowiący o tym, że Fundacja „OGRÓD MARZEŃ” sfinansuje leczenie do wysokości kwoty podanej w umowie i wyłącznie w instytucji, której dane również zostaną w niej zawarte, a realizacja nastąpi na podstawie dostarczonych faktur. Wydatkowanie będzie następowało w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od zawarcia umowy (umowa może zostać przedłużona po złożeniu pisemnego wniosku do zarządu Fundacji). Powyższe rozwiązanie pozwoli Fundacji „OGRÓD MARZEŃ” w pełni kontrolować wydatkowanie środków ze zbiórki publicznej.

Komisja rozpatrująca prośbę ma prawo żądać dodatkowych dokumentów, nie wymienionych powyżej.

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/a .....

(imię i nazwisko)

Występujący/a w imieniu własnym/małoletniego/ubezważnionego całkowicie

.....

(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na przetwarzanie, moich/reprezentowanego przeze mnie małoletniego/ubezważnionego całkowicie\*, danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, zawartych w dokumentacji dotyczącej wniosku o dofinansowanie leczenia lub rehabilitacji, przez Fundację „Ogród Marzeń” w Jarocinie w celu realizacji zadań statutowych Fundacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Jednocześnie potwierdzam, że zostałam/em poinformowany o przysługujących mi prawach, a w szczególności o możliwości wglądu do moich danych osobowych i możliwości ich poprawiania, a także o adresie siedziby i pełnej nazwie Fundacji oraz o celu zbierania danych.

.....

.....

(miejsowość, data, podpis)