



projekt:



Polskie Towarzystwo Wspierania Osób
z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita



Wniosek o przyznanie wsparcia na zakup leków i środków medycznych

pierwszorazowy

powtórny

Imię i nazwisko Beneficjenta/osoby wnioskującej:

Imię i nazwisko dziecka (w przypadku osoby niepełnoletniej):

Data urodzenia: PESEL:

Adres zameldowania (stały, czasowy):

Adres do korespondencji:

Nr i seria dowodu osobistego/paszportu:

E-mail: Telefon:

Stan rodzinny (liczba osób zamieszkująca wspólne gospodarstwo domowe):

Średni miesięczny koszt leczenia:

Sytuacja zawodowa uczeń/ student/ bezrobotny/ emeryt/ rencista/ osoba pracująca

Stopień niepełnosprawności NIE TAK (jaki?):.....

Czy pobiera Pan/Pani rentę/ emeryturę

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem ubiegania się o przyznanie wsparcia na zakup leków i środków medycznych, dla członków Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”, osób chorych na nieswoiste zapalenia jelit znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, zamieszczonym na stronie www.j-elita.org.pl oraz w pełni go akceptuję.

Proszę opisać przebieg choroby oraz swoją aktualną sytuację finansową a także przedstawić wykaz leków wraz z miesięcznym kosztem leczenia.

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

„Projekt został zrealizowany w ramach V edycji Konkursu Grantowego RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!, organizowanego przez DOZ Fundację dbam o zdrowie. Więcej na temat Konkursu: fundacja.doz.pl/projekty/granty”.

