



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 TAK/NIE* (jaki?):

Czy pobiera Pan/Pani rentę/emeryturę* TAK/NIE

* **niepotrzebne skreślić**

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”.

