

.....
miejsowość i data

**Wniosek o przyznanie wsparcia na zakup leków i materiałów medycznych
w postaci Kart Zdrowia**

pierwszorazowy

powtórny

Imię i nazwisko Beneficjenta:

Imię i nazwisko dziecka (w przypadku osoby niepełnoletniej):

Data urodzenia: PESEL:

Adres do korespondencji:

E-mail: Telefon:

Stan rodzinny (liczba osób zamieszkująca wspólne gospodarstwo domowe):

Sytuacja zawodowa: uczeń student bezrobotny emeryt rencista osoba pracująca

Stopień niepełnosprawności: NIE TAK (jaki?):

Czy pobiera Pan/Pani rentę/emeryturę* TAK NIE

Czy na rzecz Pana/Pani prowadzona jest zbiórka pieniędzy z tzw. 1 % podatku TAK NIE

* *niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem ubiegania się o świadczenie z pomocy społecznej w formie zapomogi - karta na zakup leków dla członków Stowarzyszenia - osób chorych na nieswoiste zapalenia jelit znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, znajdującym się na stronie www.j-elita.org.pl oraz w pełni go akceptuję.

Opis i przebieg choroby, wykaz leków wraz z miesięcznym kosztem leczenia oraz informacja o sytuacji materialnej wnioskującego:

.....
miejsowość i data

.....
podpis osoby wnioskującej
lub przedstawiciela ustawowego