

TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Załącznik nr 2 do „Regulaminu gromadzenia i wydatkowania środków pieniężnych na subkontach w Fundacji „Potrafię Pomóc” Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych z Wadami Rozwojowymi z siedzibą we Wrocławiu”

Kwestionariusz potrzeb Podopiecznego

Wnioskodawca/y (Reprezentant/ci) - osoby reprezentujące Podopiecznego (Rodzice, Opiekunowie prawni, Pełnomocnik, Kurator):

1.

imię i nazwisko

2.

imię i nazwisko

1. Imię i nazwisko Podopiecznego :

.....

Choroba główna:

.....

Choroby współistniejące:

.....

.....

.....

Oświadczam, iż środki zgromadzone na subkoncie wydatkowane będą na następujące potrzeby

związane z bezpośrednio z niepełnosprawnością

imię i nazwisko Podopiecznego

1.

2.

3.

4.

TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
30.

.....
data i podpis Wnioskodawcy/ców (1) i (2)
(Reprezentanta/ów 1 i 2)

.....
data i podpis Lekarz/Specjalista



TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Krótki opis historii choroby:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpisy lekarz/specjalista

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka podanych w powyższym kwestionariuszu, w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu zdrowia i stopnia niepełnosprawności przez **Fundację „Potrafię Pomóc” na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych z Wadami Rozwojowymi** z siedzibą we Wrocławiu, ul. Horbaczewskiego 24, KRS: 0000303590, NIP: 8992642928, REGON: 020747657, w celu zarejestrowania mojego dziecka jako Podopiecznego Fundacji. Jestem świadomy dobrowolności podania danych osobowych.

.....
data i podpisy Wnioskodawcy/ców (1) i(2)
(Reprezentanta/ów 1 i 2)

