

.....  
Miejscowość, Data

Imię i Nazwisko .....

Adres .....

.....

Telefon .....

E-mail .....

**Zarząd Fundacji „Życ z chorobą Parkinsona”  
ul. Czerska 18, lok. 243  
00-732 Warszawa**

## **Wniosek**

### **o przyznanie pomocy finansowej na rehabilitację ruchową**

#### **Uzasadnienie:**

**Rok rozpoznania choroby Parkinsona / zespołu parkinsonowskiego;** .....

**Choroby współistniejące:** *(proszę wymienić jakie?)*

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

**Stan zdrowia obecny:**

*(podkreśl odpowiedni):*

- a) zły
- b) średni
- c) dobry

**Sprawność ruchowa:**

*(podkreśl odpowiedni):*

- a) chory leżący
- b) trudność w poruszaniu się
- c) dobra

**Stopień**

**niepełnosprawności:**

*(podkreśl odpowiedni)*

- a) znaczny
- b) umiarkowany
- c) lekki.

**Stan cywilny wnioskującego:** .....

**Liczba osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego:** .....

**Wysokość miesięcznych dochodów gospodarstwa domowego netto:** *(w przypadku małżeństwa prosimy o podanie dochodów małżonki / małżonka)*

.....  
.....

**Dodatkowe informacje:** *(opis)*

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

Oświadczam, że wszystkie podane w przedmiotowym wniosku informacje są zgodne z prawdą. Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. Nr 1182 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu realizacji przedmiotowego projektu.

**Podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej**

.....

**Załączniki:**

- zaświadczenie lekarskie (lub jego kopia) stwierdzające chorobę Parkinsona lub zespół parkinsonowski;
- kopia odcinka renty/emerytury lub wyciągu bankowego potwierdzającego dochód (aktualny);
- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, jeśli chory je posiada.