

Data:

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Numer telefonu)

.....
(Numer rachunku bankowego)

.....
(Adres mailowy)

***Wypełnić drukowanymi literami**

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY SPOŁECZNEJ

Zwracam się z prośbą o:

- sfinansowanie zakupu towaru/usług
- refundacji poniesionych kosztów
- zaliczkę w wysokości Złotych (słownie:
.....), na pokrycie kosztów:
-
-
-
-
-

.....
(Imię i nazwisko Potrzebującego pomocy)

Wg. przedstawionego zestawienia:

1. Faktura/Pro forma nrkwota
2. Faktura/Pro forma nrkwota
3. Faktura/Pro forma nrkwota
4. Faktura/Pro forma nrkwota
5. Faktura/Pro forma nrkwota



6. Faktura/Pro forma nrkwota
7. Faktura/Pro forma nrkwota
8. Faktura/Pro forma nrkwota
9. Faktura/Pro forma nrkwota
10. Faktura/Pro forma nrkwota
11. Faktura/Pro forma nrkwota
12. Faktura/Pro forma nrkwota
13. Faktura/Pro forma nrkwota
14. Faktura/Pro forma nrkwota
15. Inne (jakie?)kwota

SUMA:...../słownie:.....

Załączone faktury w ilości.....egzemplarzy.

Załączone pro formy w ilości.....egzemplarzy.

***każdy dokument musi być dokładnie opisany**

1. Alimenty na dziecko/ dzieci:

- Nie otrzymuję
- Otrzymuję, w wysokości zł (słownie:).
- Przedstawioną powyżej wysokość alimentów potwierdzam wyrokiem sądu z dnia201.... roku, którego kopię załączam do niniejszego Wniosku .

2. Moja sytuacja finansowa w odniesieniu do poprzedniego miesiąca, kiedy składałam/em Wniosek:

- zmieniła się
- nie zmieniła się
- nie dotyczy

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Ukryte Marzenia z siedzibą w Chodzieży, ul. Strzelecka 15 moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia Wniosku i udzielenia Pomocy zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Pomocy Społecznej i akceptuję wszystkie zawarte w nim warunki.

.....
Czytelny podpis

DECYZJA z dnia.....
UCHWAŁA nr.....

Zarząd Fundacji Ukryte Marzenia wyraża/ nie wyraża zgody na sfinansowanie zakupu towarów lub usług/ refundację poniesionych kosztów/ wypłacenie zaliczki w wysokości zł (słownie:), których celem jest pokrycie kosztów:

Wypłacono z konta.....w dniu.....

.....
Podpisy Zarządu Fundacji

*niepotrzebne skreślić

