

*Formularz zgłoszeniowy będzie rozpatrywany wyłącznie w przypadku, gdy zostaną do niego dołączone wszystkie wymagane dokumenty.

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DANE OSOBOWE OSOBY, PROSZĄCEJ O POMOC

(osoba pełnoletnia, opiekun prawny dziecka)

Imię i nazwisko	
PESEL	
Dowód osobisty (nr i seria)	
Adres zamieszkania	
Telefon	
Adres e-mail	

DANE OSOBOWE OSOBY, KTÓREJ PROŚBA DOTYCZY

(dziecko lub inna osoba w przypadku, gdy wypełnia opiekun prawny)

Imię i nazwisko	
PESEL	
Dowód osobisty (nr i seria), jeśli dotyczy	
Adres zamieszkania, jeśli inny, niż w przypadku opiekuna prawnego	
Telefon	

.....
(data i podpis osoby chorej
lub rodzica/opiekuna prawnego)

ANKIETA OSOBY, KTÓREJ MA ZOSTAĆ UDZIELONA POMOC

1. Imię i nazwisko
2. Kiedy osoba (dziecko) zachorowała, na co i w jakich okolicznościach?
.....
.....
.....
.....
3. Jakie było dotychczasowe leczenie oraz jaki jest obecny etap leczenia?
.....
.....
.....
.....
4. Inne ważne informacje na temat osoby chorej (chorego dziecka)
.....
.....
.....
.....
5. Czy osoba (dziecko) i jej rodzina wierzą w naturalne metody leczenia? Tak Nie
6. Jakie były wcześniejsze doświadczenia z medycyną naturalną?
.....
.....
.....
.....
7. Skąd dowiedzieliście się o Stowarzyszeniu „Ty dajesz życie”?
 Strona internetowa Facebook Youtube Od przyjaciół/znajomych Od rodziny Radio Telewizja Inne, jakie:

Niniejszym oświadczam, że wszystkie podane informacje, dotyczące mojej osoby / osoby, której jestem opiekunem prawnym są prawdziwe. Jednocześnie zapewniam, że żadna informacja, która miałaby wpływ na decyzję Zarządu Stowarzyszenia, nie została zatajona. Znane mi są konsekwencje prawne, grożące w przypadku zatajenia informacji, wyłudzenia pomocy, sfałszowania lub wprowadzenia w błąd przedstawiciela Stowarzyszenia „Ty dajesz życie”.

.....
(data i podpis osoby chorej
lub rodzica/opiekuna prawnego)

**PROSZĘ WPISAĆ TREŚĆ EWENTUALNEGO APELU O POMOC (OPISZ
SYTUACJĘ ZDROWOTNĄ I MATERIALNO-BYTOWĄ RODZINY)**