

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

.....  
(miejsowość, 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, niż osoba prosząca o pomoc)

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

## ANKIETA OSOBY, KTÓREJ MA ZOSTAĆ UDZIELONA POMOC

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

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

**PROSZĘ DOKŁADNIE OKREŚLIĆ, CZEGO DOTYCZY PROŚBA ORAZ OPISZ  
SYTUACJĘ ZDROWOTNĄ OSOBY I MATERIALNO-BYTOWĄ RODZINY**

**PROSZĘ PRZEDSTAWIĆ WŁASNĄ PROPOZYCJĘ APELU O POMOC**