



CSALÁDTÁMOGATÁSI NYOMATATVÁNY

Kérjük, nyomtatott betűkkel, OLVASHATÓAN töltsse ki!

1. SZEMÉLYI ADATOK

BETEG GYERMEK ADATAI

Név: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____

Anyja születési neve: _____ Testvérek száma: _____

TAJ száma: _____

Állandó lakcím

Irányítószám: _____

Város: _____

Utca, házsám: _____

Levelezési cím (csak akkor kell kitölteni, ha nem egyezik meg az állandó lakcímmel)

Irányítószám: _____

Város: _____

Utca, házsám: _____

TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI

Név: _____ Születési név: _____

Személyi igazolványszám: _____ Lakcímkártya szám: _____

Telefonszám/Mobilszám: _____

E-mail: _____

2. A HÁZTARTÁS JÖVEDELME ÉS VAGYONI HELYZETE

Munkahely neve: _____

Számlavezető bank neve: _____

Bankszámlaszáma: _____

Bankszámla tulajdonos neve: _____

A háztartás havi jövedelme összesen: _____ Ft.

A háztartás összes kiadása havonta: _____ Ft.

Kap-e a más szervezettől/alapítványtól támogatást? Igen Nem

(Az elbírálás során *semmilyen hátrányos megkülönböztetés nem éri a támogatáskérőt* azért, mert esetleg más szervezettől is kap párhuzamosan támogatást. Az információ szervezetünk számára jelent segítséget.)

Ha igen, akkor honnan? _____

Támogatás összege: _____ Ft.



3. EGYÉB INFORMÁCIÓ

Honnan hallott a Gyermekleukémia Alapítványról?

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt, _____

_____ Kérelmező aláírása

5. CSATOLANDÓ ÉS VISSZAKÜLDENDŐ DOKUMENTUMOK

Jelen nyomtatványokon kívül az alábbi dokumentumok megküldése szükséges:

1. **Kérvény**, amely ismerteti, hogy miért van szükség a támogatásra. (beteg gyermek egészségi állapota, a család szociális és anyagi helyzete, stb.).
2. **Bankszámla kivonat** vagy olyan hivatalos banki írat, amely tartalmazza a bank nevét, a számlatulajdonos nevét és a számlaszámot.
3. A törvényes képviselő **személyi igazolványának és lakcímkártyájának másolata**.
4. A gyermek **TAJ kártyájának másolata**.
5. **Fénykép** a beteg gyermekről.

Hova kell küldeni a kérelmet?

A nyomtatványokat, valamint a csatolandó dokumentumokat a **Gyermekleukémia Alapítvány** részére kell eljuttatni:

- **Postafiók:** 1535 Budapest, Pf: 759. vagy
- **Postacím:** 1026 Budapest, Pasaréti út 122/A. vagy
- **E-MAIL:** szkennelve, pdf vagy kép (JPG, TIF) formátumban a csaladtamogatas@leukemias.hu címre. Csak az olvasható, jól látható szkennelt dokumentumokat tudunk elfogadni!



HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Alulírott,

.....(szülő/gondviselő név)

a támogatás igénylésével hozzájárulok ahhoz, hogy a GYERMEKLEUKÉMIA ALAPÍTVÁNY az általam önként megadott személyes adataimat és egyéb iratokat (többek között: bankszámlaszám, szülők/gondviselők személyes adatai, gyermekem adatai, kórházi zárójelentés) a támogatás folyósításához, illetve az ehhez szükséges adatkezelés céljából nyilvántartsa és kezelje.

Engedélyezem továbbá, hogy az Alapítvány elektronikus felületein, többek között az Alapítvány honlapján, hivatalos Facebook oldalán, az általa kezelt blogon és egyéb, az Alapítványhoz szorosan kapcsolható felületeken a támogatandó gyermek történetéről egy róla szóló fényképes ismertetést feltüntessen. (A gyermek teljes neve nem kerül feltüntetésre.)

A nyilvántartott adatokat a *Gyermekleukémia Alapítvány* az Alapító okiratában meghatározott célok megvalósítása során használhatja fel. Beleegyezek, hogy az adatokat az Alapítvány családtámogatási programjában egyéb közreműködő szervezetek felé adatkezelés, illetve a program meghosszabbítása céljából továbbítsa.

Vállalom, hogy amennyiben a nyilvánosság bármely fórumán nyilatkozom, (pl.: Internet, sajtó, tv, rádió, stb.) a Gyermekleukémia Alapítványt, mint támogatót és a támogatás tényét megnevezem.

Kelt,

aláírás

A Gyermekleukémia Alapítvány elkötelezett a támogatottak személyes adatainak védelmét illetően. Az Alapítvány a személyes adatokat bizalmasan kezeli, és megtesz minden olyan biztonsági, technikai és szervezeti intézkedést, amely az adatok biztonságát garantálja. Az Alapítvány adatkezelési alapelvei összhangban vannak az adatvédelemmel kapcsolatos hatályos jogszabályokkal.



TÁMOGATÁSI KÉRELEM

Alulírott szülő/gondviselő azzal a
kérelemmel fordulok a *Gyermekleukémia Alapítványhoz*, hogy
..... nevű, daganatos / leukémiás megbetegedésben
szenvendő gyermekem részére évben havi, rendszeres családtámogatást biztosítson, mivel
gyermekem betegsége és az anyagi, illetve szociális helyzetünk miatt a támogatás nagyban
hozzájárulhat gyermekem gyógyulásának elősegítéséhez.

Kelt,

Köszönettel:



ORVOSI IGAZOLÁS

KÉREM OLVASHATÓAN KITÖLTENI!

Beteg gyermek neve: _____

Születési hely és idő: _____

Anyja születési neve: _____

Kezelő kórház neve: _____

Kezelő orvos neve: _____

Betegség megnevezése: _____

A betegség diagnosztizálásának időpontja: _____

Betegség típusa: Leukémiás Daganatos

A támogatás kizárólag leukémiás, daganatos megbetegedésben szenvedő gyermekek számára igényelhető.

Kezelés jellege: Aktív kezelés Fenntartó kezelés Nem áll kezelés alatt

Én, _____
*kezelőorvos neve

igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, a gyermek alapítványi támogatását javaslom.

Dátum: _____

Aláírás:

orvosi pecsét:

*** Kizárólag a kezelőorvos (szakorvos) írhatja alá, a házi orvosi aláírást nem tudjuk elfogadni!**



KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. **Családtámogatási nyomtatvány hozzájárulás nyilatkozat – formanyomtatvány, személyi adatokat, elérhetőségek, stb....**
 - a. Nyomtatott nagybetűvel, olvashatóan töltsse ki;
 - b. Az összes rovatot ki kell tölteni;
 - c. Telefonos elérhetőség megadása kötelező!!!
 - d. Ha valamelyik rovatba azért nem tudja kitölteni, mert nem rendelkezik vele, (pl., ha nem rendelkezik e-mail címmel), akkor írja be, hogy NINCS.
2. **Orvosi igazolás – kórház, illetve a kezelő orvos által kitöltött igazolás**
 - a. Nyomtatott nagybetűvel, olvashatóan kell kitölteni. Az adatokat a Gondviselő/szülő is kitöltheti;
 - b. Az összes rovatot ki kell tölteni;
 - c. A kezelő orvosnak kell aláírni, lepecsételni és dátumozni (házi orvos nem jó!)
3. **Támogatási kérelem – amelyben egy adott évre vonatkozóan lehet kérvényezni a támogatást.**
 - a. az első pontozott vonalra: Ön neve (Gondviselő/szülő);
 - b. a második pontozott vonalra Gyermek neve;
 - c. harmadik pontozott kis vonalra évszám (az az évszám, melyik évre a támogatás igényelni szeretné).

CSATOLANDÓ DOKUMENTUMOK:

4. **Kérvény**
 - a. kézzel vagy géppel írott kérelem;
 - b. ismertetése a család és a beteg gyermek helyzetét;
 - c. írja le, hogy miért van szükség a támogatásra (beteg gyermek egészségi állapota, a család szociális és anyagi helyzete, stb...).
5. **Bankszámla igazolás - hivatalos banki okirat, amely tartalmazza a következőket:**
 - a. bank nevét;
 - b. számlatulajdonos nevét;
 - c. számlaszámot.
6. **Igazolvány másolatok**
 - a. GONDVISELŐ/SZÜLŐ személyigazolványának másolata;
 - b. GONDVISELŐ/SZÜLŐ lakcímkártyájának másolata;
 - c. a beteg gyermek TAJ kártyájának másolata.
7. **Fénykép**
 - a. a beteg gyermekről készült fénykép (lehet régebbi is).

Meddig érvényes egy beadott kérelem?

- Minden évben új kérvényt kell beadni;
- a kérelem egy adott évre vonatkozik;
- újra igényelni (hosszabbítani) is csak az adott évre lehet.

Alapítványunk csak a teljesen kitöltött és valamennyi csatolandó dokumentumot tartalmazó kérelmeket bírálja el!