Załącznik nr 1   
do Regulaminu Sekcji  
 pn. Lokalny Fundusz Pomocy Dzieciom ”KAJA”

|  |
| --- |
| Wypełnia sekretariat Funduszu KAJA  Data wpłynięcia…………… Nr rej. w księdze korespondent. …………………………………  Popis osoby potwierdzającej odbiór ……………………………………….  Potwierdzenie odbioru wniosku wysłano w dniu:………………… na adres…………………  …………………………………………………………podpis………………………………………….. |

**KAJA**

**Sekcja pn. Lokalny Fundusz Pomocy Dzieciom**

**Regionalne Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych  
w Sejnach**

***Regionalne Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych   
ul. Wojska Polskiego 60 d  
16 – 500 Sejny   
KRS 0000061555,   
REGON 790375805  
NIP 844 – 18 – 55 -019***

**A. CZĘŚĆ BENEFICJENTA (*wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie dziecka*)**

1. Dziecko, które jest przedmiotem wniosku

imię, nazwisko………………………………………… wiek ………………………….

1. Wnioskodawca (Rodzice, bądź prawni opiekunowie dziecka)

Nazwisko………………………………… Imię ………………………………………….. adres zamieszkania:…………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (*uzupełnić o i inne dane teleadresowe w tym adres do korespondencji, telefon kontaktowy lub inna forma kontaktu bezpośredniego*).

1. Uzasadnienie Rodziców powodów wystąpienia o pomoc do funduszu pomocy (*uwaga: w miarę konieczności proszę dodać kolejne wiersze, lub kolejną stronę*)

* *prosimy napisać, jak zauważyliście Państwo zagrożenie chorobą swojego dziecka, co wzbudziło państwa niepokój, jakie objawy Państwo zauważyliście.*
* *Prosimy opisać dotychczasowe działania, jakie Państwo podjęliście w celu rozpoznania zagrożenia. Prosimy dołączyć dotychczasowe wyniki badań (jeżeli poddawaliście Państwo dziecko badaniom.*
* *Prosimy opisać sytuację rodziny, która uzasadnia konieczność wystąpienia przez Państwo wystąpienie do funduszu pomocy. (uwaga: Komisja nie będzie weryfikowała stanu faktycznego Państw kondycji finansowej. Pozostawiamy to w Państwa sumieniach – My Państwu wierzymy)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oczekiwana wysokość dotacji z Funduszu KAJA z wyszczególnieniem na poszczególne planowane zadania (*proszę wyszczególnić przeznaczenie „ile i na co? oraz skąd planujecie Państwo wziąć pozostałe niezbędne pozostałe środki*) (*uwaga: w miarę konieczności proszę dodać kolejne wiersze oraz rozszerzać istniejące rubryczki*)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Rodzaj wydatku z krótkim opisem i uzasadnieniem konieczności jego poniesienia | Deklarow. środki własne | Przewidyw.możliwe do pozyskania inne źródło dotacji | Oczekiw. kwota dotacji Funduszu „KAJA” | Niezbędny całkowity koszt zadania |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

Uwagi, które zdaniem Rodziców (Prawnych Opiekunów Dziecka) mogą mieć istotne znaczenia dla podjęcia decyzji o przyznaniu dotacji:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczenie wnioskodawców:

1. Niniejszym oświadczamy, że zawarte w powyższym wniosku informacje są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jestem świadomy swojej odpowiedzialności cywilnej co potwierdzamy swoim odręcznym podpisem czytelnym.

Matka ……………………………………… Ojciec………………………………………….

2. Wyrażamy zgodę na użycie naszych danych osobowych w celach korespondencji, sprawozdawczości oraz promocji celów Funduszu KAJA.

Miejsce………………………………

Podpisy rodziców lub opiekunów prawnych ……………………………………………

**B. CZĘŚĆ SŁUŻBY ZDROWIA (*wypełnia lekarz prowadzący dziecko*)**

1. Dotyczy:

Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………

Pesel………………………………

Adres zamieszkania………………………………………………………………………

Rodzice lub Prawni opiekunowie dziecka…………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

adres zamieszkania (jeżeli inny niż adres zamieszkania dziecka) ………………

………………………………………………………………………………………………….

1. Historia choroby (*proszę podać informację na temat wstępnego rozpoznania, oraz krótki opis podjętych dotychczasowych działań*)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

1. Uwagi lekarza prowadzącego (proszę podać informacje: czy niezbędne jest poddanie dziecka badaniom specjalistycznym? - tak/nie. Jeżeli „tak” prosimy o uzasadnienie powyższej decyzji)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość………………………… Pieczęć i podpis lekarza ………………………...

**C. WYPEŁNIA KOMISJA DOTACJI.**

UWAGA: Niniejsze dane stanowią podstawę do udzielenia dotacji i podpisania umowy:

1. **WNIOSKODAWCA:**
   1. Imię i Nazwisko Dziecka …………………………………………………………
   2. PESEL: ………………………………………………………………………………
   3. Rodzice (Prawni Opiekunowie Dziecka)
   4. Ojciec:……………………………… Matka ………………………………………
   5. Imię i Nazwisko reprezentanta Rodziców……………………………………..
   6. PESEL…………………………………… NIP. ……………………………………
   7. Adres zamieszkania ………………………………………………………………
   8. nr telefonu…………………………, e-mail: ……………………………………
   9. Nr konta………………………………………………………………………………
2. **WYSOKOŚĆ PRZYZNANEJ DOTACJI**

Wysokość dotacji:………………………….. (słownie)…….………………………………

1. **PRZEZNACZENIE PRZYZNANEJ DOTACJI:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ZALECANY SPOSÓB WYDATKOWANIA DOTACJI:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
**PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI;**

* 1. ………………………………………………………..
  2. …………………………………………………….….
  3. ………………………………………………………..
  4. ………………………………………………..……..
  5. ………………………………………………..………..

|  |
| --- |
| Wypełnia sekretariat Funduszu KAJA  Data wysłania informacji do beneficjenta o przynaniu/nie przyznaniu dotacji…………………………………. Nr rej. w księdze korespondent. ………………………  Popis osoby potwierdzającej wysyłkę ……………………………………….  Wyznaczono datę podpisania umowy na dotację na dzień: ………………………………….. |