



WYPEŁNIA	FUNDACJA
NUMER WNIOSKU	DATA WPŁYWU WNIOSKU

## WNIOSEK

### o wypłatę środków w ramach Programu Bezpośrednia Pomoc Finansowa w zakresie świadczenia pomocy społecznej przez FUNDACJĘ AVALON

Dane Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami):

Beneficjent w imieniu własnym
  Reprezentant
  Osoba Upoważniona

Imię i nazwisko  
(dane osoby składającej wniosek)

Zamieszkały  
(adres)

Nr subkonta

Imię i nazwisko Beneficjenta

Wnioskuje o udzielenie przez Fundację bezpośredniego wsparcia finansowego ze środków zgromadzonych na subkoncie.

Proszę o przekazanie 10% środków zgromadzonych na subkoncie bez dokumentowania celu wydatkowania na numer konta bankowego:

Imię i nazwisko właściciela rachunku

Numer konta bankowego (26 cyfr)

**Jednocześnie oświadczam i jestem świadomy/a, że:**

- środki, które otrzymam w ramach bezpośredniej pomocy finansowej zostaną przeznaczone na ochronę zdrowia, leczenie i rehabilitację beneficjenta,
- wydatki poniesione na ochronę zdrowia, leczenie i rehabilitację opłacone ze środków otrzymanych w ramach bezpośredniej pomocy finansowej, nie zostaną przedstawione do dofinansowania oraz refundacji we wnioskach o dofinansowanie w Fundacji Avalon oraz innej instytucji/podmiotu,
- wniosek o bezpośrednią pomoc finansową można złożyć nie częściej niż jeden raz w ciągu kwartału kalendarzowego,
- minimalna kwota realizacji wniosku o bezpośrednią pomoc finansową wynosi 100,00 zł,
- kwota bezpośredniej pomocy finansowej wyliczana jest na podstawie wysokości środków zgromadzonych na subkoncie na dzień otrzymania przez Fundację wniosku.

Prawdziwość powyższych danych i twierdzeń stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Czytelny PODPIS (imię i nazwisko) Beneficjenta lub wskazanego Reprezentanta lub Osoby Upoważnionej, data
PODPIS WNIOSKODAWCY