



Bezpośrednia Pomoc Niepełnosprawnym  
 ul. Domaniewska 50A, 02-672 Warszawa  
 Tel: (022) 266 82 36  
 Kom: 666 324 328  
 Tel/fax: (022) 266 82 94  
 E-mail: [wniosek@fundacjaavalon.pl](mailto:wniosek@fundacjaavalon.pl)

**NUMER WNIOSKU:**
**DATA WPŁYWU:**

WYPEŁNIA FUNDACJA

WYPEŁNIA FUNDACJA

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW FUNDACJI AVALON –  
 BEZPOŚREDNIA POMOC NIEPEŁNOSPRAWNYM**

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:**
**IMIĘ I NAZWISKO BENEFICJENTA:**
**NUMER SUBKONTA:**

**UWAGA!** Do wniosku złożonego w formie papierowej należy załączyć oryginały dokumentów potwierdzających wydatki. Do wniosku można dołączyć kilka załączników "ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW" w przypadku dużej liczby dokumentów.

**ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW**

	DATA DOKUMENTU	DOKUMENT, NUMER DOKUMENTU (paragon/rachunek/faktura/inne )	KWOTA I WALUTA Z DOKUMENTU	ZAZNACZ WYBÓR X	
				Przelew na konto sprzedawcy	Przelew na wskazane konto
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwaga! Łączna kwota refundacji (RAZEM) nie może być mniejsza niż 100zł

**RAZEM:**


**UZASADNIENIE WYDATKÓW INNYCH NIŻ STANDARDOWE**

(wydatki standardowe: leczenie, rehabilitacja, zakup żywności, odzieży, środków czystości i higieny osobistej, bieżące opłaty)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE KWOTY RAZEM NA PODSTAWIE SUMY WSZYSTKICH ZAŁĄCZONYCH DO WNIOSKU DOKUMENTÓW:**

**1. Zlecam przelew na konto sprzedawcy w kwocie:**

**2. Zlecam przelew za opłacone wydatki na wskazane poniżej konto bankowe w kwocie:**

Imię i nazwisko właściciela rachunku do zwrotu

Numer konta bankowego (26 cyfr)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- wydatki, których zwrot ma nastąpić na podany w formularzu numer konta bankowego zostały faktycznie przeze mnie poniesione, a przedmioty i usługi zostały odebrane,
- nie występowałem/am i nie uzyskałem/am refundacji w innych instytucjach lub podmiotach,
- potwierdzeniem powyższego są dołączone do wniosku oryginały dokumentów, a w przypadku złożenia wniosku za pośrednictwem aktualnie obowiązującej i udostępnionej przez Fundację formy elektronicznej załączone oryginały dokumentów elektronicznych lub skany/zdjęcia oryginałów dokumentów papierowych,
- wydatki zrefundowane w ramach powyższego wniosku, nie będą przedmiotem innych refundacji i odliczeń podatkowych,
- przy wyborze formy elektronicznej, zobowiązuję się do przechowywania oryginałów dokumentów przez 5 lat liczonych od daty otrzymania potwierdzenia złożenia wniosku od Fundacji, świadomy/a obowiązku ich przedstawienia na każde żądanie Fundacji.

Zapoznałem/am się z zasadami wypłaty środków na podstawie wniosku o dofinansowanie określonymi w §3 oraz §4 Regulaminu gromadzenia i wydatkowania środków pieniężnych poprzez subkonta Beneficjentów w ramach działalności statutowej prowadzonej przez Fundację Avalon.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, potwierdzam prawdziwość powyższych informacji oraz autentyczność dokumentów własnoręcznym podpisem.

PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSZEK

Czytelny podpis Beneficjenta lub Reprezentanta lub Osoby Upoważnionej, data

### WYPEŁNIA FUNDACJA

Kwota dofinansowania	Forma płatności	Kwota	Data
.....	Przelew na wskazane konto	.....	.....
	Przelew na konto sprzedawcy	.....	.....
	Przeksięgowanie z subkonta	.....	.....

PODPIS PRACOWNIKA

Wniosek v12

Sprawdzono merytorycznie i finansowo.  
Akceptuję do wypłaty (Fundacja: pieczęć, data, podpis)