

PODANÁ RUKA I. – Grantový program 2017

Formulár žiadosti o finančný príspevok na rehabilitačný pobyt
v ADELI Medical Center



Meno a priezvisko žiadateľa (zákonný zástupca pacienta):		Číslo žiadosti: (nevyplňať) / 001 / 2017
Meno a priezvisko pacienta, ktorému je pomoc určená:		Dátum narodenia pacienta:
Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo domu):	Mesto/obec, PSČ:	
Kraj:		
Telefón (mobil, pevná linka):	E-mail:	
Stav žiadateľa:	<input type="checkbox"/> slobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý/vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> vdovec/vdova	
Zamestnanie žiadateľa:	<input type="checkbox"/> zamestnaný <input type="checkbox"/> nezamestnaný <input type="checkbox"/> podnikateľ/živnostník <input type="checkbox"/> dôchodca <input type="checkbox"/> študent <input type="checkbox"/> iné:	
Počet členov žijúcich v jednej spoločnej domácnosti: (z toho počet nezaopatrených detí uveďte v zátvorke):		
Priemerný mesačný príjem na osobu (súčet všetkých príjmov rodiny za mesiac delený počtom členov rodiny):	<input type="checkbox"/> do 200 Eur <input type="checkbox"/> od 200 – do 400 Eur <input type="checkbox"/> od 400 – do 600 Eur <input type="checkbox"/> nad 600 Eur	
Uveďte názov diagnózy pacienta:		
Kolko pobytov ste už v ADELI Medical Center absolvovali:		
Požadovaná výška finančného príspevku od Nadácie ADELI:		
Podpis žiadateľa:		
Dátum:		
Podpisom potvrdzujem, že všetky údaje, ktoré som vo formulári uviedol/la, sú pravdivé a presné. V zmysle zákona Slovenskej republiky č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov svojím podpisom vyjadrujem súhlas Nadácii ADELI so správou, spracovaním, zverejnením a uchovaním poskytnutých osobných údajov uvedených vo formulári. Poskytnutie údajov je dobrovoľné a súhlas je daný na dobu neurčitú. Predkladateľ má právo udelený súhlas kedykoľvek odvolať zaslaním písomného oznámenia.		

ZA ÚČELOM ČO NAJLEPŠIEHO POSÚDENIA ŽIADOSTI ODPOVEDZTE, PROSÍM, NA NASLEDUJÚCE OTÁZKY:

1. ČO VAŠA DIAGNÓZA OBNÁŠA A AKO ZVLÁDATE STAROSTLIVOSŤ O VÁŠHO HENDIKEPOVANÉHO ČLENA RODINY?
2. Z ČOHO MÁTE RADOSŤ, ŽE SA VÁM V OBLASTI ZLEPŠENIA ZDRAVIA PODARILO DOSIAHNUŤ?
3. PREČO UPREDNOSTŇUJETE REHABILITÁCIU V ADELI MEDICAL CENTER?
4. ČO BY STE V NADÁCII ADELI UVÍTALI – AKÉ NOVÉ SLUŽBY, PRÍPADNE ZLEPŠENIA EXISTUJÚCICH SLUŽIEB?

V prípade záujmu o rozpísanie vyššie položených otázok, môžete využiť aj tento priestor: