



WNIOSEK

DO FUNDACJI „POLSKO-NIEMIECKIE POJEDNANIE”
O PRYZYCNANIE POMOCY W RAMACH PROGRAMU „PAMIĘTAMY – NIE JESTEŚCIE SAMI”

Program jednorazowej pomocy „Pamiętamy – nie jesteście sami” prowadzony przez Fundację Polsko-Niemieckie Pojednanie we współpracy z PKO Bankiem Polskim polega na udzieleniu ofiarom wojny i nazizmu - byłym żołnierzom AK z lat 1939-1945, mieszkającym w Polsce, nie korzystającym dotychczas ze świadczeń FPNP, znajdującym się w chwili obecnej w trudnej sytuacji życiowej - doraźnej pomocy finansowej, która może być przeznaczona na:

- podstawowe potrzeby życiowe (w przypadku dochodów netto do 1200 zł w przypadku osoby samotnej i 1000 zł netto na osobę w przypadku małżeństwa)
- dofinansowanie kosztów leczenia (wykup leków, leczenie sanatoryjne, rehabilitacyjne) lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego
- wsparcie w przypadkach zaistnienia zdarzeń losowych (konieczność poddania się operacji ratującej życie, kradzież, pożar, klęska żywiołowa)

Nazwisko i imię: data ur.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Imię ojca i matki:i.....

Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Miejscowość: Kod: Poczta:

Telefon:
tel. stacjonarny wraz nr kierunkowym lub tel. komórkowy



Oświadczam, że w okresie od..... do byłem żołnierzem Armii Krajowej
w niżej wymienionym ugrupowaniu i jednostce

..... w stopniu.....

Posługiwałem się pseudonimem

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające powyższe fakty:

.....
.....

Jestem członkiem Światowego Związku Żołnierzy AK

TAK

NIE

PROSZĘ O PRYZNANIE POMOCY NA:

UWAGA: Wniosek o przyznanie pomocy można złożyć w ramach JEDNEGO z niżej wymienionych programów: – właściwe zaznaczyć w kratce „krzyżykiem” ☒

DO WNIOSKU O PRYZNANIE POMOCY NALEŻY DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ DOWODU OSOBISTEGO

DOFINANSOWANIE KOSZTÓW LECZENIA (wykup leków, leczenie sanatoryjne, rehabilitacyjne)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające dochody moje i współmałżonka i koszty mojego leczenia:

1.....

2.....

3.....

DOFINANSOWANIE ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO LUB ORTOPEDYCZNEGO

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające dochody moje i współmałżonka oraz potwierdzające wydatki na zakup potrzebnego mi sprzętu:

1.....

2.....

3.....

WSPARCIE WSKUTEK ZAISTNIENIA ZDARZENIA LOSOWEGO

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające wypadki losowe oraz szczególną sytuację, potwierdzające konieczność udzielenia pomocy pieniężnej:

1.....

2.....

3.....

ZASPOKOJENIE PODSTAWOWYCH POTRZEB ŻYCIOWYCH

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające dochody moje i współmałżonka:

1.....

2.....

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wypłatę będzie można zrealizować w oddziałach PKO Banku Polskiego, na terenie całego kraju na podstawie imiennego zawiadomienia wysłanego przez FPNP; uprawniony może udzielić również poświadczonego notarialnie pełnomocnictwa szczególnego do odbioru świadczenia. Dopuszcza się możliwość udzielenia pełnomocnictwa przez organy określone w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 07.02.2007 roku w sprawie sporządzania niektórych poświadczeń przez organy samorządu terytorialnego i banki (dz. U. Nr 27 poz. 185)

Dopuszcza się możliwość przelewu na wskazany przez Pana/Panią **numer konta:**

numer (26 – cyfrowy) rachunku bankowego

Imię i nazwisko właściciela konta: _____

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w nim informacji w zakresie niezbędnym do realizacji projektu pomocy finansowej FPNP, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 r. Nr 101 poz. 926)

Miejscowość, data _____

Podpis _____