



Bezpośrednia Pomoc Niepełnosprawnym
ul. Domaniewska 50A
02-672 Warszawa
Tel: (022) 266 82 36
Kom: 0 666 324 328
Tel/fax: (022) 266 82 94
E-mail: subkonto@fundacjaavalon.pl

WYPEŁNIA	FUNDACJA
NUMER WNIOSKU	DATA WPŁYWU WNIOSKU

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków FUNDACJI AVALON – Bezpośrednia Pomoc Niepełnosprawnym

Dane Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami):

	Beneficjent w imieniu własnym	Reprezentant	Osoba Upoważniona
Imię i nazwisko	<input type="text"/>		
Zamieszkały	<input type="text"/>		
Nr subkonta/członkowski w Fundacji:	<input type="text"/>		
Działający w imieniu:	<input type="text"/>		

1. Wnioskuje o dofinansowanie wydatków dotyczących Beneficjenta i jego rodziny, związanych z:

leczeniem, rehabilitacją, zakupem żywności, zakupem odzieży, zakupem środków czystości i higieny osobistej, bieżącymi opłatami.

Dokumenty dołączone do wniosku, świadczące o poniesionych wydatkach, zawierają się w powyższych kategoriach. Wydatki są związane z poprawą zdrowia Beneficjenta oraz niezbędnymi wydatkami związanymi z codziennym funkcjonowaniem i poprawą bytu materialnego Beneficjenta i jego rodziny.

2. Poniżej uzasadniam wydatki **NIE zawierające się w kategoriach z punktu 1 (powyżej):**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

W przypadku wątpliwości związanych z celowością przedstawionych wydatków, Fundacja zastrzega sobie prawo do zwrócenia się z prośbą o dodatkowe uzasadnienie konkretnych pozycji we wniosku.

WYPEŁNIA FUNDACJA:

NR WNIOSKU	.....		Forma płatności	Kwota	Data
Kwota dofinansowania	Kwota dofinansowania w rozbiu na KATegorie				
.....zł	Koszty KAT I	..... zł	Przelew na konto beneficjenta	..... zł	.....
	Koszty KAT II	..... zł	Przelew na konto sprzedawcy	..... zł	.....
	Koszty KAT III	..... zł	Przeksięgowanie z subkonta	..... zł	.....

ZESTAWIENIE WYDATKÓW

UWAGA! Do wniosku należy załączyć oryginały dokumentów potwierdzających wydatki.

Żaden z paragonów nie może przekraczać 200zł (w takiej sytuacji prosimy o Fakturę/Rachunek).

Faktury/rachunki powinny być wystawione na Beneficjenta, Reprezentanta lub Osobę Upoważnioną, **nie na Fundację**.

LP	DATA DOKUMENTU	DOKUMENT (np. NR PARAGONU/RACHUNKU/FAKTURY)	KWOTA W ZŁ	FORMA PŁATNOŚCI	
				Płatność przelewem na konto sprzedającego	Zwrot zapłaconego dokumentu na konto Beneficjenta
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
RAZEM				łącznie kwota refundacji (RAZEM) nie może być mniejsza niż 100zł	

Wnoszę o dofinansowanie kwoty:

1. Płatność przelewem na konto sprzedającego - kwota razem

2. Zwrot zapłaconego dokumentu na konto beneficjenta - kwota razem

Proszę o przekazanie kwoty ujętej w pkt 1 na konto sprzedającego, a kwoty ujętej w pkt 2 na konto osobiste:

Imię: Nr:
Nazwisko: Konta:

Imię, nazwisko właściciela rachunku Numer konta bankowego (26 cyfr)

Oświadczam, że wydatki zaznaczone w kolumnie „Zwrot zapłaconego dokumentu na konto Beneficjenta” zostały faktycznie przeze mnie poniesione, a przedmioty i usługi zostały przeze mnie odebrane, co potwierdzam załączonymi oryginałami dokumentów i nie uzyskałem oraz nie występowałem o refundację do innej instytucji, podmiotu. Wydatki zrefundowane w ramach powyższego wniosku, nie będą przedmiotem innych refundacji i odliczeń podatkowych. Prawdziwość powyższych danych, twierdzeń i autentyczność dokumentów stwierdzam własnoręcznym podpisem.

PODPIS WNIOSKODAWCY

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

WYPEŁNIA FUNDACJA

Wniosek v10

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