

Wypłać środki z subkonta jeszcze szybciej!



Zeskanuj kod QR i złóż wniosek elektronicznie.

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

NUMER WNIOSKU:

DATA WPŁYWU:

WNIOSEK

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

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:

IMIĘ I NAZWISKO BENEFICJENTA:

NUMER SUBKONTA:

Wnoszę o udzielenie przez Fundację bezpośredniego wsparcia finansowego ze środków zgromadzonych na subkoncie. Proszę o przekazanie zapomogi finansowej ze środków zgromadzonych na subkoncie bez dokumentowania celu wydatkowania na numer konta bankowego:

Imię i nazwisko właściciela rachunku

[illegible]

Numer konta bankowego (26 cyfr)

Jednocześnie oświadczam i jestem świadomy/a, że:

- wysokość wypłaty środków ustalana jest przez Fundację na podstawie salda Subkonta w dniu wypłacenia wniosku; w przypadku salda od 100,00 zł do 10 000,00 zł wypłacana jest kwota do 1000,00 zł, natomiast przy saldzie wyższym niż 10 000,00 zł wypłacane jest 10% zgromadzonych środków,
- środki, które otrzymam w ramach Programu 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 Programu 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 miesiąca kalendarzowego,
- do wartości Bezpośredniej Pomocy Finansowej nie są wliczane środki pochodzące z darowizn rejestrowanych (celowych i ogólnych), a także ze zbiorów patronowanych i akcji kwestarskich,

Prawdziwość powyższych danych i twierdzeń stwierdzam własnoręcznym podpisem.

PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

Czytelny podpis Beneficjenta lub Reprezentanta lub Osoby Upoważnionej, data