IX AKCJA - FORMULARZ D

ROZLICZENIE KOSZTÓW PODRÓŻY

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:……..
ur. w ……..PESEL…….…...

Imię i nazwisko Osoby Niepełnosprawnej[1]: …….……...
ur. w……PESEL…….....

Adres zamieszkania Osoby Niepełnosprawnej:
……...……
..……
…….....
Termin turnusu : ……...
Nazwa Ośrodka, w którym odbywał się turnus: ……..…
…….……..
Adres Ośrodka:
……...……
……...…
……...……
.
Odległość, podana w kilometrach, dzieląca ośrodek od miejsca zamieszkania Osoby Niepełnosprawnej (tj. w jedną stronę)
……...…
……...…
Środki transportu[2], którymi Wnioskodawca (wraz z Osobą Niepełnosprawną) dotarł na turnus i wrócił do stałego miejsca zamieszkania Osoby Niepełnosprawnej.
…….....
.....
Dokumenty potwierdzające transport[3] (należy dołączyć do formularza):
……...
……...
……...
Koszt podróży[4]:…….
Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy[5] ……
…….....

…… …….
(Miejscowość, data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

[1] podać, jeżeli Wnioskodawcą jest rodzic, inny przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny
[2] Np. samochód osobowy, pociąg, autobus. W przypadku samochodu należy podać markę auta, rok produkcji, pojemność silnika, moc silnika i rodzaj używanego paliwa
[3] Np. faktury za paliwo, bilety za pociąg lub autobus (osoby niepełnosprawnej oraz opiekuna)
[4] Podać po zsumowaniu kosztu dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego i kosztu powrotu do stałego miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
[5] Na ten rachunek bankowy Fundacja zwróci poniesione koszty podróży.