

# Žádost o finanční pomoc

Adresovaná Nadačnímu fondu Jindřišek, IČ: 23340797, se sídlem Hrad 642, 373 11 Ledenice, zapsanému u Krajského soudu v Českých Budějovicích sp. zn. N 429

Pro rodiny, které dlouhodobě pečují o vážně nemocné dítě, a to minimálně již po dobu 6 měsíců.

Pro přijetí žádosti je nutné vyplnit všechny údaje.

## Opatrovaný

Jméno

Příjmení

Adresa bydliště

Adresa trvalého bydliště

Datum narození

E-mail pro komunikaci

Ošetřující lékař

## Pečující

Jméno

Příjmení

Adresa bydliště

Adresa trvalého bydliště

Datum narození

E-mail pro komunikaci

Vztah k pacientovi

Telefonní kontakt

Kontaktní osoba

## Údaje pro zaslání finanční pomoci

(upozorňujeme, že finanční pomoc může být vyplácena pouze na bankovní účet prokazatelně vedený na jméno pečujícího nebo osoby, která má společné jmění s osobou uvedenou jako pečující – manžel/ka, partner/ka).

Číslo účtu

Název banky

## Proč žádám o pomoc

Stručný popis situace

## Čestné prohlášení pečujícího

Prohlašuji, že dlouhodobě, tedy po dobu:

pečuji o

a to v režimu nepřetržité péče nebo s dopomocí denního či jiného stacionáře.....

Prohlašuji, že všechny údaje, které uvádím v této žádosti, jsou pravdivé.

Beru na vědomí, že na poskytnutí pomoci není právní nárok, a zavazuji se, že v případě poskytnutí podpory budu tuto používat k účelu, pro který byla poskytnuta, což je NF Jindřišek oprávněn kontrolovat a podporu případně odejmout.

## Souhlas se zpracováním osobních údajů

Tímto uděluji souhlas Nadačnímu fondu Jindřišek, IČ: 23340797, se sídlem Hrad 642, 373 11 Ledenice, se zpracováním osobních údajů a citlivých údajů, které mu v souvislosti s touto žádostí o pomoc poskytnu.

Prohlašuji, že jsem se seznámil s informacemi o tom, pro jaký účel jsou údaje zpracovávány, komu mohou být předány či sděleny, jak jsou archivovány.

Uděluji tímto také souhlas s užitím poskytnutých fotografií (či za účelem vážícím se k žádosti vytvořených Nadačním fondem Jindřišek), s uveřejněním příběhu, popřípadě s předáním kontaktu dospělé pečující osoby partnerovi nadačního fondu, který by napřímo poslal dar rodině v podobě vouchery či materiální pomoci.

# Čestné prohlášení o finanční situaci rodiny

Do měsíčních výdajů rozpočítejte i výdaje, které hradíte čtvrtletně, pololetně či za jiné období

## Měsíční příjmy domácnosti - matka

Příjem ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti

Invalidní důchod

Rodičovský příspěvek / nemocenská

Příspěvek na péči

Příspěvek jiné organizace

Výživné na dítě (alimenty)

## Měsíční příjmy domácnosti - Otec

Příjem ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti

Invalidní důchod

Rodičovský příspěvek / nemocenská

Příspěvek na péči

Příspěvek jiné organizace

Výživné na dítě (alimenty)

## Měsíční výdaje domácnosti

Bydlení, včetně poplatků (energie, voda)

Hypotéka

Pojištění

Jiné úvěry/leasingy

Strava

Školy, školky, kroužky

Léčebné procedury a rehabilitace

Pomůcky

Výdaje za léky, materiály, diety

Jiné a neočekávané výdaje (opravy, zařízení, vybavení)

Rodiče žijí ve společné domácnosti:

ANO

NE

Jestliže ne, popište, jak se podílejí na péči:

### Další nezaopatřené osoby v domácnosti žadatele o pomoc

Jméno

Věk

Jméno

Věk

Jméno

Věk

Jméno

Věk

Jméno

Věk

Jméno

Věk

### Plnění podmínek

Podpisem této žádosti souhlasím s podmínkami poskytnutí podpory, jak je stanovuje statut Nadačního fondu Jindřišek. Jsem si vědom/a, že v případě porušení podmínek, uvedení nepravdivých skutečností, neoznámení změny poměrů či zásadní změny podmínek na obou stranách může být pomoc odejmuta a v případě prokázání jejího zneužití či vylákání může být požadováno její vrácení.

Prohlašuji, že jsem si žádost prostudoval/a a údaje v ní uvedené jsou pravdivé a úplné.

Datum :

Podpis:

# Doporučení lékaře

za účelem doložení splnění podmínek pro přiznání pomoci Nadačním fondem  
Jindřišek, IČ: 23340797, se sídlem Hrad 642, 373 11 Ledenice.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Číslo diagnózy:

Datum stanovení diagnózy:

Epikríza

Specifikace léčby, omezení pacienta:

Pravidelné kontroly u lékaře:

ANO  NE

Rehabilitace:

ANO  NE

Terapie a ozdravné pobyty

ANO  NE

Popis pacienta lékařem:

Datum:

Jméno, příjmení, podpis a razítko lékaře:

# Váš příběh

Podělte se s námi o svůj příběh, připravte nadpis a text příběhu. Víme, že péče o vážně nemocné dítě znamená nepřetržitý kolotoč starostí, únavy ale i radosti. Sdílením svého příběhu ukážete veřejnosti, co péče 24/7 znamená. Díky Vaším slovům dokážeme přiblížit, proč je podpora pečujících tak potřebná. Společně s námi ukážete, že za každou sbírkou a za každou pomocí stojí skutečný příběh, skutečná rodina. V příběhu napište, co pro Vás tato sbírka znamená, v čem potřebujete nejvíce pomoci a s čím bojujete. I krátký příběh má velkou sílu. Jsme tu pro Vás.

**Součástí této žádosti, aby byla úplná je zaslání 2-4 kvalitních fotografií k příběhu pečující maminky a dítěte/ a doložení OP oboustranně/. Děkujeme**

Váš příběh:

Krátká verze pro web / IG / příspěvek: 600–900 znaků (cca 100–150 slov)

Plná verze (detailní příběh): 1 000–1 500 znaků (cca 180–250 slov)