

ЗАЯВА

для отримання медичної допомоги в рамках проекту 2019-2021р.р.
за рахунок коштів німецького Фонду "Пам'ять, відповідальність і майбутнє"

Заяву необхідно заповнити чітким розбірливим почерком і надіслати на адресу:
04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 15

Громадська організація "Міжнародний фонд "Взаєморозуміння і толерантність"

Прізвище ім'я, по батькові _____
(прізвище, ім'я, по батькові жертви нацистських переслідувань)

Дата народження _____

Місце фактичного проживання: індекс _____ область: _____

район _____ місто, смт, село _____

вулиця _____ буд. _____ корпус. _____ кв. _____

телефон (обов'язково) _____

контактна особа: _____ тел. _____

(за відсутності телефону за місцем проживання, обов'язково зазначити телефон, прізвище ім'я та по батькові, контактної особи)

Наявність групи інвалідності:

необхідне позначити X

I група

II група

III група

Чи потребуєте стороннього догляду:

(необхідне позначити X)

так

ні

Чи отримуєте допомогу соціального працівника:

(необхідне позначити X)

так

ні

Сімейний стан: необхідно позначити X

одружений/на

вдова/вдівець

маю дітей

маю опікуна

самотній/ня

Потреба (за висновком лікаря) (необхідне позначити X)

1. – операція на органах зору

4. - медичні допоміжні та гігієнічні засоби

2. – слухопротезування

5. - медичне обладнання

3. – санаторно-курортне лікування

6. - медикаменти

До анкети обов'язково додаються ксерокопія паспорту (стор. 1,2, 11) та ідентифікаційного коду.
У разі необхідності одержання медикаментів та/або допоміжних медичних засобів – актуальні медичні висновки (оригінали рецептів від лікаря та/або виписки з медичної установи).

_____ дата

_____ особистий підпис заявника

Увага! Програма надання медичної допомоги на правонаступників померлих жертв нацистських переслідувань не поширюється.