



EGYÜTT A
DAGANATOS
GYERMEKEKÉRT
ALAPÍTVÁNY

KIEMELKEDŐEN KÖZHASZNÚ SZERVEZET

Székhely: 6200 Kiskőrös, Mező u. 16.
Iroda: 1094 Budapest, Angyal u. 36.
Gasperek Józsefné, Edit
Telefon: 06-1/299-0422
Mobil: 06-30/373-5999
E-mail: szocialis@dgy.hu
Honlap: www.dgy.hu
Adószám: 18356076-1-03

HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Alulírott.....(név) hozzájárulok, hogy az általam megadott adatokat és iratokat (név, lakcím, telefonszám, bankszámlaszám, gyermekeim adatai, kórházi zárójelentés, és egyéb iratok) az EGYÜTT A DAGANATOS GYERMEKEKÉRT ALAPÍTVÁNY nyilvántartsa, kezelje.

A nyilvántartott adatokat az Együtt a Daganatos Gyermekekért Alapítvány, a Alapító okiratában meghatározott célok megvalósításához szükséges tevékenység során használhatja fel. A nyilvántartott adatokat az alapítvány családtámogatási programjában közreműködő szervezet felé továbbíthatja, támogatások szerzése céljából honlapján szerepeltetheti.

.....2009.....hó.....nap.

.....
Aláírás

KÉRDŐÍV DAGANATOS/LEUKÉMIÁS GYERMEKEK SZÜLEI RÉSZÉRE

Tájékoztató a kérdőív kitöltéséhez:

A kérdőív kitöltése önkéntes, a *-al jelölt (a család jövedelmi viszonyaira, lakáskörülményeire, a szülők családi állapotára vonatkozó) kérdéseket csak akkor kell kitölteni, ha Ön anyagi/szociális jellegű támogatást szeretne igénybe venni az Alapítványától! A kérdőívet kérjük NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL, fekete vagy kék tintával, olvashatóan kitölteni. Ahol a feltett kérdések előtt üres négyzet látható, ott kérjük, hogy megfelelő választ/válaszokat a kérdés előtt lévő négyzetbe írt X-el jelölni szíveskedjék.

Személyi adatok:

A beteg gyermek neve:

anya neve:

születési helye, ideje:

testvéreinek száma:

testvéreinek neme, életkora:

iskolájának neve:

osztályfőnökének neve, telefonszáma:

A kapcsolattartó szülő neve (leánykori név is):

állandó lakóhelye:

tartózkodási helye:

telefonszáma (vonalas, mobil):

e-mail címe:

foglalkozása:

munkahelye, címe:

bankszámlaszáma (anyagi támogatás esetén):

bankszámla tulajdonos neve:

*A szülő(k) családi állapota:

Házasság

Élettársi kapcsolat

Elvált vagy egyedülálló szülő

Egyéb:

Házastárs, élettárs neve:

Foglalkozása:

Munkahelye, címe:

A gyermek betegségével összefüggő adatok:

A beteg gyermek az alábbi klinikán áll kezelés alatt (név, cím):.....
.....

A beteg gyermek betegségének típusa:

A betegség diagnosztizálásának időpontja:

A beteg gyermek visszaesése:

Nem Igen egyszer Igen többször

Transzplantáció történt-e?

Nem Igen egyszer Igen többször

Műtéti beavatkozás:.....

Egyéb egészségkárosodás:

***Lakáskörülményekkel kapcsolatos adatok:**

A lakás helye:

*A lakás mérete:m²

*A lakás állapota:

Kiváló Megfelelő Nem megfelelő

*A lakásban lévő szobák száma: db

*A lakás komfortfokozata:

Vezetékes víz Elektromos hálózat Csatorna Önálló fürdőszoba

*A lakás típusa:

Családi ház Társasházi lakás Önkormányzati bérlakás

Egyéb:.....

***A család jövedelmével kapcsolatos adatok:**

*A család jövedelme havonta összesen:..... Ft.

(munkabér, táppénz, családi pótlék, gyermektartás, gyes, gyed, ápolási segély, lakhatási támogatás, stb.)

*A család befektetései összesen:..... Ft.

*A család kiadásai havonta összesen:..... Ft.

*Egy főre jutó jövedelem havonta:..... Ft.

*A családot támogató Alapítvány(ok) neve(i):.....
.....

*A támogatás jellege:

Egyszeri Rendszeres Pénzbeni Természetbeni

*A támogatás összege:..... Ft.

Az Együtt a Daganatos Gyermekéért Alapítvány által nyújtott, az alább felsorolt szolgáltatások közül eddig igénybe vett: /megfelelő aláhúzendó/

Gyógytornász	pszichológus	orvosi tanácsadás	fejlesztő pedagógus
mama-lakás	betegszállítás	jogi segítségnyújtás	természetbeni
támogatás	rendszeres anyagi támogatás		

Az Együtt a Daganatos Gyermekéért Alapítvány által nyújtott, az alább felsorolt szolgáltatások közül igénybe szeretném venni: /megfelelő aláhúzendó/

Gyógytornász	pszichológus	orvosi tanácsadás	fejlesztő pedagógus
mama-lakás	betegszállítás	jogi segítségnyújtás	természetbeni
támogatás	rendszeres anyagi támogatás		

Amennyiben természetbeni támogatást is igénybe kíván venni, kérjük az alábbi adatok megadását:

Gyermek(ek) magassága:cm

Lábmérete (cipő):

Testsúlya:kg

Elfogad-e használt ruhaneműt? (a megfelelő aláhúzással jelölje)

Igen

Nem

A hatékonyabb segítség érdekében kérjük, hogy a családról (egészalakos) fényképet csatoljon. Egyéb információ, melyet a szülő közölni kíván a támogatás igénybevételének céljából:

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

Alulírott kijelentem, hogy a fénykép csatolása esetén hozzájárulok, hogy az Együtt a Daganatos Gyermekéért Alapítvány a fényképet támogatók felkutatása érdekében felhasználja, honlapján közzétegye.

..... 2009.

.....
Aláírás