



**1/2023. számú**  
**FOGYATÉKOS (TESTI, SZELLEMI) EMBEREK ÉLETMINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA**  
**P Á L Y Á Z A T I A D A T L A P**  
**MAGÁNSZEMÉLYEKNEK**

**BEADÁSI HATÁRIDŐ: 2023. január 31.**

**Csak a pályázati felhívásnak megfelelő, pontosan kitöltött,  
formai hibától mentes pályázatot fogadunk be!**  
**Az első 75 db, hiánytalanul benyújtott pályázatot a kuratórium biztosan  
elbírálja.**  
**Kérjük olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel kitölteni!**

**A pályázó adatai:**

Neve: \_\_\_\_\_ születési neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_ Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Bankszámla száma: \_\_\_\_\_

Kapcsolattartó neve, elérhetősége: \_\_\_\_\_

Támogatás kért összege: \_\_\_\_\_ Ft Vállalt önrész: \_\_\_\_\_ Ft

Alulírott pályázó vagy törvényes képviselője büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a „Pályázati lap”-on közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Elfogadom, hogy a pályázat kiírója az alább szereplő adatok valódiságáról személyesen is meggyőződhet, a pályázat értékelésének elősegítése érdekében a helyszínen fotókat készíthet, amelyeket a kiíró az elbírálás során használ fel. Tudomásul veszem, hogy valótlan, ténszerűtlen adatok közlése a pályázatból való kizárást vonja maga után. Kizárt pályázótól a későbbiekben az Alapítvány megtagadhatja a pályázatának befogadását. Nyilatkozom, hogy nyertes pályázat esetén, az Alapítvány honlapján híranyag jelenhessen meg, amelyhez (x-el jelölendő):

hozzájárulok

nem járulok hozzá

A nyilatkozat a pályázat elbírálását nem befolyásolja. Pályázó elfogadja a támogatásról szóló kuratóriumi döntést, azt nem vitatja. Kifogás, vita a pályázati lehetőségéből való kizárást vonja maga után.

.....  
Pályázó aláírása

.....  
Kiskorúnál törvényes képviselő

**Az Alapítvány tölti ki ↓**

Beérkezés dátuma: \_\_\_\_\_ Pályázat sorszáma: \_\_\_\_\_



	Név Szül.név	Szül. év	Esetleges fogyatékoság, betegség	Iskolai végzettség	Foglalkozás	1 havi nettó, <i>bármilyen jogcímű bevételek</i>
Pályázó						
anya (kiskorú pályázó esetén)						
apja (kiskorú pályázó esetén)						
Felesége (élettársa)						
Férje (élettársa)						
gyermek						
egyéb rokon						
<b>Összes jövedelem:</b>						

**A pályázathoz mellékelni kell az I/a –I/d pontokban feltüntetett adatok igazolását (fogyatékoság és/vagy betegség esetén 1 éven belüli orvosi igazolást kérünk, a bármilyen jogcímű bevételeket az elmúlt 3 hónap bevételei alapján kell igazolni)!**

Más támogatási források felsorolása: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **III.) A pályázat célja és megvalósulásának módja**

a) A pályázat céljának és a megvalósulás módjának pontos leírása:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

