



4/2018. 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: 2018. október 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 idő: _____ év 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, tényyszerűtlen 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 híryanag 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: _____

I. A pályázó életkörülményeire vonatkozó adatok

I/a) Fogyatékoság (testi-szellemi) megnevezése **magyarul (1 évnél nem régebbi orvosi igazolást kérjük mellékelni!)**: _____

I/b) Tartós v. súlyos betegség megnevezése magyarul:

I/c) A pályázó (és családjának) egyéb életkörülményeire vonatkozó adatai:

Lakóhely típusa (a megfelelő aláhúzendó): ház, lakás mérete: _____ m²

Komfortszint: _____

Saját v. bérelt: _____ Tulajdoni hányad: _____

Telek v. egyéb ingatlan: _____; _____ m² Tulajdoni hányad: _____

Gépkocsi típusa: _____ Gyártási éve: _____

I/d) A pályázó életkörülményeinek (részletes) leírása:

A pályázóval közös háztartásban élő közeli hozzátartozók száma: _____ fő.

II/a) A pályázat benyújtásának időpontjában a pályázó és vele **közös háztartásban élő**, az egy főre jutó bevételek (bér, jövedelem, nyugdíj, különböző járadékok, önkormányzati vagy egyéb segélyek, munkanélküli ellátások, GYES, GYED, TGYÁS. gyermektartás, családi pótlék, lakás kiadásából származó bevétel, földjáraadék, rokkantsági ellátások, pénzbetétek és kötvények hozama, lakhatási támogatás, közgyógyellátás, étkezési támogatás, magánszemély vagy rokon támogatása stb.) számítása szempontjából figyelembe vehető közeli hozzátartozók adatai:

Kérjük minden személy, minden bevételét tüntessék fel!

	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						
Összes jövedelem:						

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:

b) A pályázat teljes költségvetése:

c) A cél megvalósulásához meglévő önerő kifejtése:

A kért támogatás (b-c): _____ Ft

IV.) A magánszemély pályázatát javasló szociális, karitatív intézmény szöveges indoklása:

Javaslatot tévő neve: _____ aláírása: _____

Javaslatot tévő beosztása: _____ Telefonszáma: _____

Ph.