

PROJEKT TRNAVSKÉHO SAMOSPRÁVNEHO KRAJA A NADÁCIE ADELI



LIEČME SA DOMA 2019



ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE FINANČNÉHO PRÍSPEVKU NA REHABILITAČNÝ POBYT V ADELI MEDICAL CENTER

Meno a priezvisko žiadateľa (zákonný zástupca pacienta)		Číslo žiadosti (nevyplňať)
Meno a priezvisko pacienta, ktorému je pomoc určená:		Dátum narodenia pacienta:
Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo domu):		Mesto/obec, PSČ:
Kraj:		
Telefón (mobil, pevná linka):		E-mail:
Uvedte názov diagnózy pacienta:		
Lekárska správa pacienta je evidovaná v ADELI Medical Center:		
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <i>(ak nie je lekárska správa evidovaná v ADELI Medical Center, prosím zabezpečte jej doručenie)</i>		
Stav žiadateľa:	Zamestnanie:	
<input type="checkbox"/> slobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý/vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> vdovec/vdova	<input type="checkbox"/> zamestnaný <input type="checkbox"/> nezamestnaný <input type="checkbox"/> podnikateľ / živnostník <input type="checkbox"/> dôchodca	<input type="checkbox"/> študent <input type="checkbox"/> iné (doplniť)
Počet osôb žijúcich v jednej spoločnej domácnosti: <i>(z toho počet nezaopatrených detí uveďte v zátvorke):</i>		
Priemerný mesačný príjem na osobu: <i>(súčet všetkých príjmov rodiny za mesiac delený počtom členov rodiny):</i>		<input type="checkbox"/> do 200 Eur <input type="checkbox"/> od 200 do 400 Eur <input type="checkbox"/> od 400 do 600 Eur <input type="checkbox"/> nad 600 Eur
Koľko pobytov ste už v ADELI Medical Center absolvovali:		
Koľkokrát ste získali podporu TTSK (uveďte aj rok podpory):		

Stručne popíšte Váš súčasný zdravotný stav (Vášho rodinného príslušníka):
<p><i>Svojím podpisom potvrdzujem, že s podmienkami grantu som sa oboznámil/a, sú mi zrejmé a som schopný/á ich splniť.</i></p> <p><i>Podpisom potvrdzujem, že všetky údaje, ktoré som vo formulári uviedol/la sú pravdivé a presné. V zmysle zákona Slovenskej republiky č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý najmä v § 19-30 upravuje práva dotknutej osoby v oblasti spracovania osobných údajov, vyjadrujem súhlas Trnavskému samosprávnemu kraju, Nadácii ADELI so sídlom Hlboká 45, 921 01 Piešťany, ADELI Medical Center so sídlom Hlboká 45, 921 01 Piešťany so spracovaním poskytnutých osobných údajov uvedených vo formulári žiadosti za účelom administrácie. Poskytnutie údajov je dobrovoľné a súhlas je daný na dobu neurčitú. Predkladateľ má právo udelený súhlas kedykoľvek odvolať zaslaním písomného oznámenia.</i></p> <p>Dátum:</p> <p>Podpis žiadateľa:</p>
Poznámka:

Vyplnené a podpísané žiadosti posielajte poštou na adresu:

Nadácia ADELI

Hlboká 45

921 01 Piešťany

Na obálku prosím napíšte „**Liečme sa doma 2019**“

alebo na e-mail: smachova@adelicenter.eu

V prípade otázok prosím kontaktujte:

Mgr. Daniela Nagyová

Trnavský samosprávny kraj

Odbor sociálnych vecí

Starohájska 10, 917 01 Trnava

tel.: +421 33 55 59 471

e-mail: nagyova.daniela@trnava-vuc.sk