



3/2022. 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: 2022. július 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 közzlése 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: _____

	Szül.név		betegség			<i>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:

