



ŽÁDOST O POMOC

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Jméno a příjmení dítěte

--	--

Datum narození

Datum narození

--	--

Adresa trvalého pobytu

Doručovací adresa / kontaktní osoba / telefon

	Využijte pokud jste v nemocnici (babička, sousedka atd.)

Telefon

Email

--	--

Příjmy celkem (přibližné) DOPLŇTE

Zdroj	Částka	Zdroj	Částka
Dobrý Anděl		Rodičovský příspěvek	
Příspěvek na péči		Mobilita	
Příjem – výplata otec		Výživné	
Příjem – výplata matka		Jiné příjmy	

Výdaje celkem (přibližné) DOPLŇTE

Účel	Částka	Účel	Částka
Nájem		Půjčky	
Energie		Cestovné	
Hypotéka		Ostatní	
Potraviny			

Stručný popis nemoci dítěte (stačí diagnóza)

--

Pokud je dítě v onkologické léčbě, uveďte zahájení onkologické léčby.

--

Pokud je dítě po ukončené onkologické léčbě, uveďte datum ukončení léčby.

--

Pokud je dítě v udržovací léčbě, uveďte její zahájení.

--

Razítko ošetřujícího lékaře – NEBO PŘIPOJTE KOPII LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY stačí první strana není potřeba posílat jich 15.

Potvrzují (potvrzuje lékař, ne rodič), že výše uvedený/á je v intenzivní / udržovací léčbě / po ukončené onkologické léčbě do dvou let.

--

