**POMOC ONKOLOGICKY CHORÝM**

Komunitná nadácia Modrá Torysa otvára 2. ročník programu, v ktorom podporí ľudí, ktorí sa ocitli v núdzi kvôli onkologickému ochoreniu. Onkologicky chorí ľudia, ktorí majú záujem získať jednorazový príspevok do výšky 500 eur vyplnia žiadosť o poskytnutie príspevku a spolu s lekárskou správou (najviac 6 mesiacov starou) ju doručia na Sociálne oddelenie pri MsÚ v Lipanoch alebo poštou doporučene na adresu nadácie **najneskôr do 20. septembra 2019**. Pri posudzovaní sa zohľadňuje štádium ochorenia a sociálna situácia rodiny, pričom budú uprednostnení žiadatelia, ktorí ešte podporu z tohto programu nezískali. V priebehu októbra budú všetci žiadatelia informovaní o výsledku posudzovania, budú vyplatené granty úspešným uchádzačom a následne musia úspešní žiadatelia zdokladovať využitie schválených peňazí.

Ďalšie informácie o programe a formuláre žiadosti sú dostupné na internetových stránkach nadácie TU a mesta, prípadne u správkyne nadácie na tel. čísle 0905360430. Nadácia opäť prerozdelí sumu 14 000 eur, ktorú získala od Ministerstva financií SR v rámci dotácie z rezervy vlády Slovenskej republiky. V minulom roku bolo z programu podporených 34 žiadateľov v sume 14 000 eur, priemerne vo výške 400 eur.

**POMOC ĽUĎOM V NÚDZI KVOLI ONKOLOGICKÉMU OCHORENIU – Súhrn informácií**

**Uzávierka prijímania žiadostí**: 20. september 2019 - Sociálne oddelenie MsÚ v Lipanoch alebo doporučene poštou na adresu: **Komunitná nadácia Modrá Torysa, Sládkovičova 11, 082 71 Lipany**

**Žiadateľ odovzdáva**: 1. kompletne vyplnenú žiadosť (! Uviesť telefonický kontakt)

2. kópiu lekárskej správy preukazujúcej onkologické ochorenie( max. 6 mesiacov stará)

3. podpísaný súhlas so spracovaním osobných údajov

(Doklad o príjmoch rodiny sa neodovzdáva, nadácia môže v procese posudzovania vyzvať žiadateľa predložiť.)

**Kritériá posudzovania:**  1. Sociálna situácia rodiny

 2. Stav ochorenia

 3. Uprednostnení sú žiadatelia, ktorí nedostali podporu z programu v minulom roku

**Maximálna výška príspevku:** 500 eur

**Oznámenie výsledkov: do 30. septembra 2019 (nadácia oznámi výsledok posudzovania telefonicky)**

**Zdroj: Dotácia Vlády SR**

**Povinnosť úspešných žiadateľov:** zdokladovať vyplatenú sumu bločkami, faktúrami v celej vyplatenej sume . Prostriedky získané z tohto grantu môžu byť použité len na lieky, výživové doplnky, liečbu, špeciálne výdavky súvisiace s ochorením, dopravu na vyšetrenia, liečbu (max. 30 eur/mes.), bežné náklady na bývanie a energie a bežné výdavky na stravu, hygienu, oblečenie a obuv (max. vo výške 50% grantu). Všetky doklady musia byť v dátumoch 1.9.2019 – 10.12.2019.

**Žiadosť**

**o jednorazový finančný príspevok pre onkologických pacientov**

**1.Údaje o pacientovi:**

Meno a priezvisko:

Rodné priezvisko: ................................................ telefónne číslo: .........................................

Dátum narodenia: ................................................

Bydlisko: Ulica a číslo domu: .................................................................

PSČ a obec:....................................................................................

**Sociálne postavenie pacienta: /správne podčiarknuť/**

I. Zamestnanec II. SZČO III. Študent IV. Dôchodca ........................

V. Uchádzač o zamestnanie evidovaný na ÚPSVaR VI. Iné .....................................

**Je pacientom dieťa do 18 rokov**?**/správne podčiarknuť/** ÁNO / NIE

**Ak áno, uveďte údaje zákonného zástupcu:**

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia: ................................................ telefónne číslo: .........................................

Bydlisko (iba ak je odlišné od pacientovho) : Ulica a číslo domu: ................................

PSČ a obec:....................................................................................

Príbuzenský vzťah k pacientovi: ..............................................................

**Sociálne postavenie zákonného zástupcu: /správne podčiarknuť/**

I. Zamestnanec II. SZČO III. Študent IV. Dôchodca ........................

V. Uchádzač o zamestnanie evidovaný na ÚPSVaR VI. Iné .....................................

**Údaje o ďalších osobách žijúcich s pacientom v spoločnej domácnosti:**

 Meno a priezvisko: Dátum narodenia: Príbuzenský pomer

1. ........................................................................................................................... ............

2. ................................................................................................................................... ...

3. ............................................................................................................................ ............

4. ................................................................................................................................... ...

5. .......................................................................................................................... ............

6. ................................................................................................................................... ...

7. ............................................................................................................................ ............

**2.Diagnóza:** ....................................................................................................

Ochorenie bolo zistené: (mesiac/rok) ...........................................................................

Aktuálny stav pacienta: I. v liečbe

 II. liečba ukončená mesiac/rok ...............

 III. recidíva

**3. Finančná situácia rodiny pacienta**:

Počet všetkých členov spoločnej domácnosti pacienta: ............................

Z toho pracujúci : .................. študujúci: ............................. iné: ................................

Celkový čistý mesačný príjem rodiny: ...........................................................................

Pravidelné mesačné rodinné výdavky: ..........................................................................

**Bytové pomery žiadateľa: /správne podčiarknuť/**

I. Nájomca bytu II. Vlastník bytu III. Nájomca rodinného domu

IV. Vlastník rodinného domu V. Iné .....................................

**4. Odôvodnenie žiadosti: (stručne vysvetlite prečo sa uchádzate o jednorazový príspevok pre onkologických pacientov)**

........................................................................................................................... ............

...................................................................................................................................... ...

............................................................................................................................. ............

... ................................................................................................................................... ...

........................................................................................................................ ............

 ................................................................................................................................... ...

 ............................................................................................................................ ............

 ...................................................................................................................................... ...

................................................................................................................................... ...

 ............................................................................................................................ ............

 ...................................................................................................................................... ...

**5. Napíšte nám na čo použijete jednorazový finančný príspevok:**

........................................................................................................................... ............

...................................................................................................................................... ...

............................................................................................................................. ............

... ................................................................................................................................... ...

........................................................................................................................ ............

V ................................. dňa............................ .............................

 podpis žiadateľa