

Formularz D

XVI Akcja Charytatywna Fundacji im. Juliana Tuwima i Ireny Tuwim z siedzibą w Warszawie

ROZLICZENIE KOSZTÓW PODRÓŻY

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....
ur. wPESEL.....

Imię i nazwisko Osoby Niepełnosprawnej¹:
ur. w.....PESEL.....

Adres zamieszkania Osoby Niepełnosprawnej:

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

Termin turnusu :

Nazwa Ośrodka, w którym odbywał się turnus:

Adres Ośrodka:

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

Odległość, podana w kilometrach, dzieląca ośrodek od miejsca zamieszkania Osoby Niepełnosprawnej (tj. w jedną stronę):

.....
.....

Środki transportu, którymi Wnioskodawca (wraz z Osobą Niepełnosprawną) dotarł na turnus i wrócił do stałego miejsca zamieszkania Osoby Niepełnosprawnej **(w przypadku samochodu osobowego należy podać: markę auta, rok produkcji, pojemność silnika, moc silnika, rodzaj używanego paliwa):**

.....
.....

Dokumenty potwierdzające transport² (należy dołączyć do formularza):

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

Koszt podróży³:.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy⁴

.....
.....

.....
(Miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

¹ podać, jeżeli Wnioskodawcą jest rodzic, inny przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny,

² np. faktury za paliwo, bilety za pociąg lub autobus (osoby niepełnosprawnej oraz opiekuna),

³ podać po zsumowaniu kosztu dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego i kosztu powrotu do stałego miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

⁴ na ten rachunek bankowy Fundacja zwróci poniesione koszty podróży.