

## Formularz D

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

---

### ROZLICZENIE KOSZTÓW PODRÓŻY

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....  
ur. w .....PESEL.....

Imię i nazwisko Osoby Niepełnosprawnej<sup>1</sup>: .....  
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 transport<sup>2</sup> (należy dołączyć do formularza):

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

Koszt podróży<sup>3</sup>:.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy<sup>4</sup> .....

.....  
.....

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

---

<sup>1</sup> podać, jeżeli Wnioskodawcą jest rodzic, inny przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny,

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

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

<sup>4</sup> na ten rachunek bankowy Fundacja zwróci poniesione koszty podróży.