

Pedido de apoio financeiro

1 Dados da pessoa em questão (paciente)

Sobrenome / nome (s): _____

Sexo: feminino masculino diverso Nacionalidade: _____

Data de nascimento (DD.MM.AAAA): _____ País/local de nascimento: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

E-Mail: _____ Telefone: _____

2 Dados das pessoas que residem no mesmo domicílio (Pais, Cônjuge, Irmãos, Filhos...)

Sobrenome/nome próprio	Data de nascimento	Escola/educação/ocupação
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3 Necessidade: renda líquida mensal de todas as pessoas pertencentes ao domicílio (salário/salário, pensão, benefícios sociais, salário-família...)

	Afetados	Parceiro	Pais	Filhos	Outros Pessoa
Renda líquida mensal	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Total					_____ €

4 Despesas extraordinárias por ano ...

para _____ €

para _____ €

5 Nós, o hospital _____ confirmamos que o paciente ou sua família é financeiramente necessitado.

Data: _____
(Assinatura do hospital)

Em alternativa, pode ser anexada uma confirmação de uma autoridade.

Pedido de apoio financeiro



6 Diagnóstico e tratamento proposto

7 Dados de contacto do hospital e do médico responsável (nome/localização/e-mail):

8 Solicitação aprovada.

Data: _____
(Assinatura do hospital)

Apresentar a candidatura com 2 boas fotografias pré-operatórias e 2 boas fotografias pós-operatórias do doente em alta qualidade (pelo menos 1 MB de tamanho, de preferência a sorrir, de rosto inteiro).

Atenção: Em caso de cirurgia às cataratas, são necessárias mais informações. Neste caso, contacte-nos: www.help-wirhelfen.de

Declaração sobre o financiamento do tratamento médico

Declaro que o financiamento de medidas financeiras não excede 100% daqueles incorridos. Custo total A estimativa médica está incluída. Garanto que as informações fornecidas estão corretas da melhor maneira possível.

Data: _____
(Assinatura do paciente ou responsável legal)

Consentimento em usar documentos e fotos

Eu,

Confirme “Help! - Wir helfen! e.V.” recebe o direito absoluto e irrevogável e a permissão para usar as fotos, raios X e informações do paciente etc. de mim ou do paciente através da “Help! – Wir helfen! e.V.” ou a pessoa responsável por ele (funcionários / médicos do hospital etc.) ou que eu disponibilizei para usar da seguinte maneira:

- a) Em seu próprio nome ou em qualquer outro nome escolhido, com os direitos autorais da “Help! – Wir helfen! e.V.” para publicar.
 - b) As fotos também podem ser usadas repetidamente para publicação no mesmo ou em qualquer outro contexto, individualmente ou em conjunto com outras fotos na mídia (imprensa, internet, etc.) para ilustrar informações e para fins de publicidade ou publicidade, mas sem se restringir a isso. ser. Concordo que meu nome será mencionado em todos os tipos de publicações.
 - c) Encaminhar as fotos e informações que tirei para o exame a terceiros - também eletronicamente - e também salvá-las em formato eletrônico.
- Eu expressamente dispenso a Help! - Wir helfen! e.V. e as pessoas que tiraram as fotos, denunciaram e as colocaram em nome da “Help! – Wir helfen! e.V.” uso para fins de associação em todas as reivindicações e direitos que tenho dela. Dou as fotos e os relatórios para uso pela “Help! – Wir helfen! e.V.” grátis. Isso também se aplica às imagens e relatórios que outras instituições (médicos / hospitais etc.) criaram ou criaram, como imagens de raios-X e / ou ultrassom etc
- Eu li esta declaração e entendi completamente o conteúdo

(Local e data)

(Nome em maiúsculas)

(assinatura do paciente ou representante legal para menores)