**A Horizont Rehabilitációs Közhasznú Alapítványtól** (a továbbiakban Alapítvány) **segítségnyújtást igénylő adatlap**

*Személyes adatok:*

Beteg neve:…………………………………………………………………………………….

Szül. ideje, helye: ………………………………………………………………………………

Lakcím: …………………………………………………………………………………………

Elérhetőség: telefon sz.: ………………………………………………………………………..

 e-mail cím: ………………………………………………………………………

*Honnét értesült az Alapítvány létezéséről, tevékenységéről?*

újságból, internetről, családtagtól, ismerőstől, szórólapról, alapítványi munkatárstól,személyes találkozó valamelyik rendezvényen, egyéb:………………………………………..

*Milyen típusú segítségre lenne szüksége?*

egészségügyi tanácsadás, otthoni gyógytorna, vizsgálatokra történő szállítás, segédeszközök használatának betanítása, ill. beszerelése, egyéb: ………………………………..

*Részesül-e jelenleg valamilyen kezelésben, vagy valamely más alapítvány által nyújtott segítségben?:*

*Egyéb* kérdés, megjegyzés:

***Tudnivalók:***

* Az Alapítvány szolgáltatásainak egy része térítésmentesen vehető igénybe.
* Fenntartjuk magunknak a jogot, hogy Alapítványunk szakemberei dönthessék el, hogy a kért segítséget éppen meg tudjuk-e adni, mennyi ideig és milyen gyakorisággal. Minderről természetesen értesítést küldünk.
* Az Ön személyes adatait bizalmasan kezeljük, azokhoz csak az Alapítvány munkatársai férhetnek hozzá, harmadik félnek azokat át nem adjuk.
* Bizonyos szolgáltatások esetén személyes konzultációra is szükség van, mielőtt a kérést elbírálhatnánk. Ennek idejéről telefonon egyeztetünk Önnel.

A fentebb leírtakat megértettem, tudomásul veszem és elfogadom. Adataim a valóságnak megfelelnek, a kérdésekre igaz válaszokat adtam. A fentebb megjelöltekben szeretném az Alapítvány szolgáltatását kérni.

Kelt.:

 aláírás:

Elérhetőségeink munkanapokon 9:00 és 15:00 óra között:

Telefon: *06-30/597-3830*

E-mail: *horizont.rehab.alapitvany@gmail.com*