

ANEXO

CONVOCATORIA DE AYUDAS INOCENTE POCO FRECUENTE
PARA FAMILIAS AFECTADAS POR ENFERMEDADES POCO FRECUENTES

SOLICITUD DE AYUDA

Nombre del solicitante (tutor legal)	
NIF (tutor legal)	
Enfermedad Poco Frecuente (con o sin diagnóstico)	
Dirección y residencia en la provincia de Almería	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Objeto de solicitud de la ayuda	
Descripción de la ayuda solicitada y detalle (de forma concreta)	
Terapias anuales	
Calendario/Duración de las terapias	

Fundación Poco Frecuente - CIF: G-04864062 - Nº Registro: AL-1465 fundacion@pocofrecuente.com

Beneficiario del proyecto (el/la menor)	
Edad	
% de Discapacidad <i>(Detallar proceso de revisión)</i>	
Grado de Dependencia <i>(Detallar proceso de revisión)</i>	
Número de Cuenta corriente (IBAN)* Entidad bancaria en la que se abone la ayuda Nombre, apellidos del titular y DNI <i>*No se aceptará ninguna solicitud que no vaya acompañada de los datos de IBAN</i>	

COSTE ECONÓMICO ANUAL POR LAS TERAPIAS.

Para una adecuada valoración de la solicitud es imprescindible que el GASTO ANUAL* esté lo más DETALLADO posible.

**Escoger de entre el gasto que se realiza en terapia anualmente, aquellos gastos que no estén incluidos en otras becas o ayudas públicas ni privadas.*

TERAPIA Y CENTRO O PROFESIONAL QUE LA REALIZA <i>(NIF o CIF y datos del centro o profesional que realiza las terapias)</i>	GASTO ANUAL NO SUBVENCIONADO POR AYUDAS O BECAS PÚBLICAS NI PRIVADAS
	€
	€



CONVOCATORIA DE AYUDAS INOCENTE POCO FRECUENTE

Fundación Poco Frecuente - CIF: G-04864062 - Nº Registro: AL-1465 fundacion@pocofrecuente.com

	€
	€
	€
	€
	€
	€
TOTAL	€

