**PÁLYÁZATI ADATLAP**

**Postai munkavállalók egészségügyi rehabilitációjának támogatásához**

**Kérjük az adatlapot olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsék ki!**

 (A pályázó tölti ki!)

|  |
| --- |
| **I. PÁLYÁZÓ POSTAI MUNKATÁRS adatai:** |
| **Neve:**  |
| Születési ideje (év/hó/nap): \_ \_ \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ Születési helye: ……………………………..**A pályázó életkora meghaladja az 50 évet**: igen nem |
| **Életvitelszerű lakcíme:**Irányítószám: Település neve: ………………………………………………………. |
|  Közterület neve (út, utca, tér stb.): ……………………………………………………………………  |
|  Házszám, emelet, ajtó: …………………………………………………………………… |
| **A település hátrányos helyzetű:****(Kérjük jelölje!)** igen nem*A hátrányos helyzetű települések felsorolását a 240/2006. (XI.30) Korm. rendelet tartalmazza, de az Alapítvány munkatársaitól is kérhet információt.* |
| **A pályázó munkatárs adóazonosító jele** (tízjegyű szám)**:** |
| **A pályázó telefonszáma:** |
| **A pályázó bankszámla száma:** (3x vagy 2x nyolcjegyű számcsoport) |
| **Számlatulajdonos neve, ha nem azonos a pályázóval:** |
| **Csatolt mellékletek (kezelőlap, vény, számlák) száma:**  **db** **A benyújtott számlák összege**: **Ft** |
| **A támogatásra jogosultság indoklása:**Kérjük karikázza be az alábbiak közül mely feltétel teljesül az Ön esetében – **elegendő 1 pont jelölése**! **1**a kérelmező életkora meghaladja az 50. életévet, (I. pont alapján jelzett)a kérelmező tényleges életvitelszerű lakóhelye hátrányos helyzetű településen található (a települések listáját a 240/2006. (XI. 30.) Korm. rendelet tartalmazza) (I. pont alapján jelzett),**3****2**a kérelmező megváltozott munkaképességű munkavállalónak tekintendő[[1]](#footnote-1)a 2011. évi CXCI tv. 22.§-a alapján**4**a kérelmező kiskorú gyermekét(keit) egyedül neveli a kérelmező családjában három vagy több gyermeket nevelnek (III. rész kitöltése szükséges)**5**a kérelmező családjában tartósan beteg, vagy fogyatékos gyermeket nevelnek (III. rész kitöltése szükséges)**6**a kérelmezővel egy háztartásban élők egy főre jutó utolsó 6 havi nettó átlagjövedelme nem éri el a 2018. évi minimálbér összegét (138.000 Ft/hó). **A II. táblázat kitöltése kötelező!****7** |
| **II. A család szociális helyzetére vonatkozó adatok****(Kitöltése kötelező, amennyiben előzőleg a 7-es pontot jelölte!)** |
| **Pályázó postai munkatárs adatai:**  |
| Munkahelye: |
| Munkaköre: |
| Jövedelem - az előző **hat hónap nettó** átlagkeresete:  |  Ft  |
| Gyermektartás:  |  Ft |
| Árvaellátás:  |  Ft |
| Családi pótlék:  |  Ft |
| Egyéb jövedelem, ellátás:  |  Ft |
| **Pályázó munkatárssal közös háztartásban élő házastárs/élettárs adatai:** |
| **Neve:**  |
| Munkahelye: |
| Munkaköre: |
| Jövedelem - az előző **hat hónap** **nettó** átlagkeresete:  |  Ft  |
| Gyermektartás:  |  Ft |
| Árvaellátás: |  Ft |
| Családi pótlék:  |  Ft |
| Egyéb jövedelem, ellátás: |  Ft |
| **Hat havi nettó jövedelem összesen:**  |  Ft  |
| A közös háztartásban élők száma:   |  fő |
| **Egy főre eső egy havi nettó átlagkereset:** **(hat havi nettó jövedelem osztva a közös háztartásban élők számával)** |  **Ft** |
| Az Alapítványtól 2017-ben kapott támogatások összege: |  Ft |
| **III. Az egy háztartásban élő gyermekek és további eltartottak adatai:** |
|  **Név: életkor tanul dolgozik tartósan beteg** (x) (x) (x) |
| ……………………………………………………………. ………..  |
| ……………………………………………………………. ………...  |
| ……………………………………………………………. …………  |
| ……………………………………………………………. …………  |
| …………………………………………………………….. …………  |
| …………………………………………………………….. …………. |
| **IV. igazolás a Postai munkaviszonyról – közvetlen felettes tölti ki!** |
| Szervezeti egység megnevezése: |
| Címe: |
| Munkáltatói/utasítási jogkörgyakorló vagy közvetlen felettes vezető neve:  p.h. |
| Telefonszáma: |
| A pályázó munkatárs neve: |

*Kijelentem, hogy a Pályázati kiírásban foglalt kritériumokat ismerem és* ***azoknak minden tekintetben megfelelek.*** *Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem továbbá, hogy az általam, a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek, ezt aláírásommal is igazolom. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Pályázati adatlapon megjelölt személyes adataimat, az Alapítvány az* *információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény előírásai szerint kezelje.*

*Tudomásul veszem, hogy az Alapítvány*

* *pályázatomat, ha nem nyert az elbírálásról szóló döntés meghozatalát követő 90 nap elteltével megsemmisíti,*
* *pályázatomat, ha nyert a mindenkor hatályos adójogszabályok szerinti határidőig megőrzi és a határidő leteltét követő 15 napon belül megsemmisíti,*
* *pályázatomat csak a megsemmisítést megelőzően előterjesztett, kifejezett írásbeli kérelmemre küldi vissza részemre.*

Kelt: 2018. ……………………………….hó ………-án

 **………………………………………………**

 a pályázó postai munkavállaló

1. * egészségi állapotom a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60%-os, vagy kisebb mértékű, szakhatósági állásfoglalás időbeli hatálya alatt
	* legalább 40%-os egészségkárosodással rendelkezem, az erről szóló szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás időbeli hatálya alatt,
	* munkaképesség-csökkenésem 50-100%-os mértékű, az erről szóló szakvélemény időbeli hatálya alatt,
	* fogyatékossági támogatásban, vagy vakok személyi járadékában részesülök. [↑](#footnote-ref-1)