

ADATLAP

a postai munkavállalók egészségügyi rehabilitációs támogatásához
Kérjük az adatlapot olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsse ki!

Postai úton az alábbi címre kell megküldeni: Postakürt Alapítvány 1068 Budapest, Benczúr u. 27.

I. PÁLYÁZÓ POSTAI MUNKAVÁLLALÓ ADATAI

Neve:	születési éve:
Életvitelszerű lakcíme: település: irányító szám:	
közterület (út, utca, tér stb.): házszám:	
Postai munkaviszony kezdete:	
A pályázó telefonszáma:	
A pályázó bankszámla száma: (3x vagy 2x nyolcjegyű számcsoport)	
Számlatulajdonos neve, ha nem azonos a pályázóval:	
Csatolt mellékletek (kezelőlap, beutaló, számlamásolatok) száma:	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> db
A benyújtott számlamásolatok alapján igényelt támogatás összege:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Ft
A jogosultság indoklása: Kérjük X-szel jelölje , hogy az alábbiak közül melyik alapján kéri a támogatást. Elegendő 1 pont jelölése!	
<input type="checkbox"/> a kérelmező életkora meghaladja az 50. életévet, (szakorvos által kiállított vény, vagy az orvos által kiállított kezelőlap másolaton is szereplő adat alapján), <input type="checkbox"/> a kérelmező tényleges életvitelszerű lakóhelye <i>kedvezményezett</i> településen található az I. pontban jelzett életvitelszerű bejelentett lakcíme alapján, (a kedvezményezett települések listáját a 105/2015. (IV.23.) Korm. rendelet tartalmazza) <input type="checkbox"/> a kérelmező a Magyar Posta Zrt. megváltozott munkaképességű munkavállalójának tekintendő ¹ a 2011. évi CXCI tv. 22.§-a alapján és arról hatósági igazolással rendelkezik <input type="checkbox"/> a kérelmező kiskorú gyermekét/keit egyedül neveli (III. rész kitöltése szükséges) <input type="checkbox"/> a kérelmező családjában három vagy több gyermeket nevelnek (III. rész kitöltése szükséges) <input type="checkbox"/> a kérelmező családjában tartósan beteg, vagy fogyatékos gyermeket nevelnek (III. rész kitöltése és igazolás csatolása szükséges) <input type="checkbox"/> a kérelmezővel egy háztartásban élők egy főre jutó, utolsó 6 havi nettó átlagjövedelme nem éri el a 2022. évi nettó minimálbér összegét (143.000 Ft) (II. rész kitöltése szükséges)	

II. A CSALÁD SZOCIÁLIS HELYZETÉRE VONATKOZÓ ADATOK

Pályázó munkahelye, munkaköre:	
A pályázó munkavállaló egy havi nettó átlagkeresete	Ft
A munkavállaló házastársának/élettársának egy havi nettó átlagkeresete	Ft
Egyéb közös háztartásban élő (szülő, gyermek stb.) egy havi nettó átlagkeresete	Ft
A család összes egy havi nettó átlagkeresete	Ft
Egyéb jövedelmek (lásd: felsorolás)	
- családi pótlék/hó	Ft
- árvaellátás/hó	Ft

- gyerektartás díj/hó	Ft
- nyugdíj vagy egyéb jövedelem, ellátás/hó	Ft
A család összes egy havi nettó átlagjövedelme	Ft
Közös háztartásban élők száma	fő
Egy főre jutó, egy havi nettó átlag jövedelem: (Egy havi nettó összes jövedelem osztva a közös háztartásban élők számával)	Ft

III. KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ KISKORÚ ELTARTOTT VAGY SÚLYOSAN BETEG GYERMEK

Név és születési év:

IV. IGAZOLÁS A POSTAI MUNKAVISZONYRÓL – KÖZVETLEN FELETTES TÖLTI KI!

Szervezeti egység megnevezése:

Címe:

Munkáltatói/utasítási jogkörgyakorló vagy közvetlen felettes vezető neve, aláírása, telefonszáma:

p.h.

A pályázó munkavállaló neve:

Megváltozott munkaképességűnek kell tekinteni azt a személyt,

- akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60 százalékos vagy kisebb mértékű,
- aki legalább 40 százalékos egészségkárosodással rendelkezik, az erről szóló szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás, hatósági bizonyítvány, minősítés időbeli hatálya alatt,
- akinek a munkaképesség-csökkenése 50-100 százalékos mértékű, az erről szóló szakvélemény időbeli hatálya alatt, vagy
- aki fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül

Alulírott pályázó kijelentem, hogy a Pályázati kiírásban foglalt feltételeket ismerem, azoknak minden tekintetben megfelelek. Továbbá büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek, ezt aláírással is igazolom.

Adatkezelési nyilatkozat:

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Postakürt Alapítvány adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatóját kézhez vettem, és az abban foglaltak ismeretében hozzájárulok [Általános Adatvédelmi Rendelet 6. cikk (1) bekezdésének a) pontja és a 9. cikk (2) bekezdés a) pontja alapján] ahhoz, hogy a Postakürt Művelődési és Szociális Közhasznú Alapítvány, mint adatkezelő, **szociális tevékenységéhez kapcsolódóan a jelen pályázat útján nyújtott támogatása** során az általam önként megadott személyes adataimat kezelje:

- Név, lakcím, születési hely és idő,
- telefonszám
- munkahely, munkakör,
- jövedelem adatok,
- egészségügyi állapotra vonatkozó adatok,
- egyéb hátrányos helyzetre vonatkozó adatok,
- illetve az érintett által megadott egyéb adatok

Vállalom, hogy adataim változását nyolc naptári napon belül bejelentem az adatkezelőnek.

Hozzájárulásomat bármikor korlátozás nélkül jogosult vagyok visszavonni azonosító adataim (név, születési hely, idő) megadásával. Ez azonban nem érinti a visszavonás előtt folytatott adat-kezelés jogszerűségét.

Kelt:.....

.....
pályázó saját kezű aláírása

További információ kérhető:

Boros Attiláné 06 30 771 9441

e-mail: Boros.attilane@pkalapitvany.hu

munkanapokon 09.00-14.00 óra között