

PÁLYÁZATI ADATLAP

Szociálisan hátrányos helyzetű postai munkavállalók gyermekei tanulmányi költségének támogatásához

Kérjük az adatlapot olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsék ki!

Beérkezési határidő: 2020. november 20.

(A pályázó tölti ki!)

I. A HALLGATÓ ADATAI:	
Neve:	
Születési ideje (év/hó/nap): ____ . ____ . ____ Születési helye:	
Állandó lakcíme	
Irányítószám: <input type="text"/>	Település neve:
Közterület neve (út, utca, tér stb.) házszám, emelet, ajtó:	
Értesítési címe:	
Irányítószám: <input type="text"/>	Település neve:
Közterület neve (út, utca, tér stb.) házszám, emelet, ajtó:	
Tanulmányának megnevezése:	
Oktatási intézmény neve:	
Oktatási intézmény telefonszáma, e-mail elérhetősége:	
Előző, teljesített félév átlaga (záróvizsga/abszolutórium érdemjegye):	

Figyelem!

Az aktív hallgatói jogviszonyt igazoló dokumentum tanulmányi osztály által aláírt, lebélyegzett másolatának csatolása kötelező!

II. PÁLYÁZÓ ADATAI:**A pályázó postai munkatárs neve:****telefonszáma:****bankszámla száma** (3x vagy 2x nyolcjegyű számcsoport):A bankszámla tulajdonos neve, **ha nem azonos a pályázóval:**

Lakcíme:

Telefonszáma:

Igazolt jövedelem (jövedelemigazolás benyújtásával az előző **hat hónap nettó** átlagkeresetéről):

Ft

Gyermektartás:

Ft

Árvaellátás:

Ft

Családi pótlék:

Ft

Egyéb jövedelem:

Ft

Házastárs/élettárs neve:

Telefonszáma:

Igazolt jövedelem (jövedelemigazolás benyújtásával az előző **hat hónap nettó** átlagkeresetéről):

Ft

Gyermektartás:

Ft

Árvaellátás:

Ft

Családi pótlék:

Ft

Egyéb jövedelem:

Ft

Igazolt hat havi nettó jövedelem összesen:

Ft

Egy havi nettó jövedelem:**(igazolt 6 havi jövedelem összege osztva 6-tal)**

Ft

A közös háztartásban élők száma:

fő

Egy főre eső egy havi nettó átlagjövedelem:**(egy havi nettó jövedelem osztva a közös háztartásban élők számával)**

Ft

Postakürt Alapítványtól 2019-ben kapott támogatási összeg:

Ft

III. Az egy háztartásban élő eltartottak adatai:

Név:

életkor

tanul (x)

dolgozik (x)

.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. A TÁMOGATÁS

Az igényelt támogatás összege:

(A támogatás mértéke legfeljebb **160.000 Ft** lehet.)

..... Ft

Alulírott pályázó kijelentem, hogy a Pályázati kiírásban foglalt kritériumokat ismerem, azoknak minden tekintetben megfelelek. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem továbbá, 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 tájékoztatójában foglaltak ismeretében (teljes szövege: www.pkalapitvany.hu) 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:*

- név, lakcím,
- munkavállaló gyermekének adatai: név, születési idő, lakcím, tanulmányi adatok
- telefonszám,
- e-mail cím
- munkavisztonnyal kapcsolatos adatok, jövedelem adatok
- bankszámlaszám
- illetve az érintett által megadott egyéb adatokat, dokumentumokat

kezelje.

Alulírott vállalom, hogy adataim megváltozását 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.

Az Alapítvány, mint adatkezelő kijelenti, hogy a pályázó megszerzett adatait kizárólag az adott pályázat céljára, a tisztességes és törvényes adatkezelés elvei szerint, a szükséges mértékben és ideig, a mindenkor hatályos jogszabályoknak megfelelően kezeli.

.....
a pályázó postai munkatárs aláírása

.....
a tanuló aláírása

(A munkáltató tölti ki)

V. NYILATKOZAT POSTAI MUNKAVISZONYRÓL

Támogatást benyújtó munkatárs neve:

Szervezeti egység megnevezése:

Közvetlen felettes, vezető neve:

Közvetlen felettes vezető telefonszáma:

Közvetlen felettes vezető aláírása:

.....

p.h.

Információ kérhető: Postakürt Alapítvány, Dér Mária: tel:30-771-9446, e-mail cím: der.maria@pkalapitvany.hu továbbá az alapítvány honlapjáról www.pkalapitvany.hu is letölthetők.