

**ADATLAP a postai munkavállalók egészségügyi rehabilitációs támogatásához**  
Kérjük az adatlapot olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsék ki!

(A pályázó tölti ki!)

**I. PÁLYÁZÓ POSTAI MUNKAVÁLLALÓ ADATAI**

Neve:

Állandó lakóhelye:

Levelezési címe:

Postai munkaviszony kezdete:

A település hátrányos helyzetű:

(Kérjük X-szel jelölje!)

igen

nem

*A hátrányos helyzetű települések felsorolását a 105/2015 (IV.23.) Korm. rendelet tartalmazza a társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból kedvezményezett települések listáját, de az Alapítvány munkatársaitól is kérhet információt.*

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 **X-szel jelölje** az alábbiak közül mely feltétel teljesül az Ön esetében – **elegendő egy feltétel jelölése!**

- a kérelmező életkora meghaladja az 50. életévet, (szakorvos által kiállított vény, vagy az orvos által kiállított kezelőlap másolaton szereplő adat alapján)
- a kérelmező tényleges életvitelszerű lakóhelye hátrányos helyzetű településen található (a települések listáját a 105/2015. (IV.23.) Korm. rendelet tartalmazza) (I. pont alapján jelzett életvitelszerű bejelentett lakcíme alapján),
- a kérelmező a Magyar Posta Zrt. megváltozott munkaképességű munkavállalójának tekintendő<sup>1</sup>a 2011. évi CXCI tv. 22.§-a alapján
- a kérelmező kiskorú gyermekét(eit) egyedül neveli
- a kérelmező családjában három vagy több gyermeket nevelnek **(III. rész kitöltése szükséges)**
- a kérelmező családjában tartósan beteg, vagy fogyatékos gyermeket nevelnek **(III. rész kitöltése szükséges)**
- a kérelmezővel egy háztartásban élők egy főre jutó utolsó 6 havi nettó átlagjövedelme nem éri el a 2020. évi minimálbér összegét (161.000 Ft/hó). **(A II. rész kitöltése kötelező!)**

**Megváltozott munkaképességűnek kell tekinteni azt a személyt,**

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

## II. A CSALÁD SZOCIÁLIS HELYZETÉRE VONATKOZÓ ADATOK

### Pályázó (postai munkavállaló) adatai:

Munkahelye, munkaköre:

**Jövedelem** - az előző **hat hónap nettó** átlagkeresete egy hónapra számítva:  
(A hat havi összes nettó átlagkereset osztva 6-tal.)

Ft

Gyermektartás:

Ft

Árvaellátás:

Ft

Családi pótlék:

Ft

Egyéb jövedelem, ellátás: (pl: nyugdíjjellegű díjazás)

Ft

### Pályázó munkavállalóval közös háztartásban élő házastárs/élettárs adatai:

Neve:

Munkahelye, munkaköre:

**Jövedelem** - az előző **hat hónap nettó** átlagkeresete egy hónapra számítva:  
(A hat havi összes nettó átlagkereset osztva 6-tal.)

Ft

Gyermektartás:

Ft

Árvaellátás:

Ft

Családi pótlék:

Ft

Egyéb jövedelem, ellátás:

Ft

**Közös háztartásban élők egy havi nettó összes jövedelme**

Ft

Közös háztartásban élők száma:

fő

**Egy főre eső egy havi nettó jövedelem:**

(Egy havi nettó összes jövedelem osztva a közös háztartásban élők számával)

Ft

Az Alapítványtól 2019-ben kapott támogatások összege:

Ft

### III. A közös 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, aláírása, bélyegző:

p.h.

Telefonszáma:

A pályázó munkavállaló neve:

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 aláírásommal 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:

- név, lakcím, születési hely és idő,
- telefonszám,
- munkahely, munkakör,
- jövedelem adatok,
- egészségügyi állapotra vonatkozó adatok,
- egyéb hátrányos helyzetre vonatkozó adatok,
- illetve az általam megadott egyéb adatokat

kezelje.

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.

Kelt:.....

.....  
pályázó saját kezű aláírása**Beküldendő:****Postakürt Alapítvány**1068 Budapest  
Benczúr u. 27.**További információ:****Boros Attiláné**

tel.: 06 30 771 9441

e-mail: [Boros.attilane@pkalapitvany.hu](mailto:Boros.attilane@pkalapitvany.hu)

munkanapokon 09.00-14.00 óra között