

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:

születési éve:

Életvitelszerű lakcíme:

irányító szám: település:

közterület (út, utca, tér stb) házsám:

Postai munkaviszony kezdete:

A pályázó telefonszáma:

A pályázó bankszámla száma:

(3x vagy 2x nyolcjegyű számcsoport)

Számlatulajdonos neve, ha nem azonos a pályázóval:

Támogatás utalása lakcímre:

Csatolt melléletek (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 1 pont jelölése!**

- a kérelmező életkora meghaladja az 50. életévet, (szakorvos által kiállított vény, vagy az orvos által kiállított kezelőlap másolaton is szereplő adat alapján)
- a kérelmező tényleges életvitelszerű lakóhelye **kedvezményezett** településen található az I. pontban jelzett életvitelszerű bejelentett lakcíme alapján,
(a kedvezményezett települések listáját a 105/2015. (IV.23.) Korm. rendelet tartalmazza)
- a kérelmező a Magyar Posta Zrt. megváltozott munkaképességű munkavállalójának tekintendő¹a 2011. évi CXCI tv. 22.§-a alapján és arról hatósági igazolással rendelkezik
- a kérelmező kiskorú gyermekét(keit) egyedül neveli **(III. rész kitöltése szükséges)**
- 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 170.000 Ft-ot. **(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 munkahelye, munkaköre:

A pályázó munkavállaló egy havi nettó átlagkeresete

Ft

A munkavállaló házastársának/élettársának egy havi nettó átlagkeresete

Ft

- gyermektartás díj

- árvaellátás:

Ft

- családi pótlék:

Ft

- nyugdíj vagy egyéb jövedelem, ellátás

Ft

- egyéb közös háztartásban élők egy havi nettó összes jövedelme (szülő, gyermek, stb)

Ft

Egy havi nettó átlagjövedelem összesen

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 gyermekek és további eltartottak adatai:

Név:	szül.év	tanul (x)	dolgozik (x)	tartósan beteg (x)
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 feltételeket ismerem, azoknak minden tekintetben megfelelek. Továbbá büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, 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 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, születési idő,
- telefonszám,
- bankszámlaszám,
- munkaviszonnyal kapcsolatos adatok,
- jövedelem adatok,
- egészségügyi állapotra vonatkozó adatok,
- illetve az általam megadott egyéb adatokat, dokumentumokat kezelje.

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

Beküldendő:

Postakürt Alapítvány
1068 Budapest
Benczúr u. 27.

További információ:

Boros Attiláné
tel.: 06 30 771 9441
e-mail: Boros.attilane@pkalapitvany.hu
munkanapokon 09.00-14.00 óra között