**ADATLAP**

a postai munkavállalók egészségügyi rehabilitációs támogatásához

**Beérkezési határidő: 2025. november 30.-ig folyamatos**

1. **Pályázó adatai**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Pályázó neve: |  |
| Születési ideje: |  |
| Életvitelszerű lakcíme:  (irányítószám, település) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |
| Közterület neve (út, utca, tér stb.) hsz. |  |
| Telefonszáma: |  |
| Bankszámla száma:  (ahová a támogatás utalható) |  |
| Csatolt mellékletek (kezelőlap, számlamásolatok) száma: db  A benyújtott számlamásolatok alapján igényelt támogatás összege: Ft | |
| **A jogosultság indoklása:**  Kérjük, X-szel jelölje, hogy az alábbiak közül melyik alapján kéri a támogatást. **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),   **1**   * 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 tekintendő\* a 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 és igazolás csatolása szükséges)** * a kérelmezővel egy háztartásban élők egy főre jutó, utolsó 6 havi nettó átlagjövedelme nem éri el a 150.000 Ft/hó/fő összeget **(II. rész kitöltése kötelező)** | |

1. **Jövedelem adatok:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pályázó munkahelye, munkaköre: | |
| A pályázó munkatárs **egy havi nettó** átlagkeresete (az utolsó 6 hónapot figyelembe véve): | Ft |
| A munkatárs házastársának/élettársának **egy havi nettó** átlagkeresete (az utolsó 6 hónapot figyelembe véve) | Ft |
| Gyermektartás összege: | Ft |
| Árvaellátás összege: | Ft |
| Családi pótlék összege: | Ft |
| Egyéb jövedelem, ellátás (pl.: GYES, GYED, rokkantsági ellátás, öregségi nyugdíj …)  (ide értve a közös háztartásban élő szülő, gyermek… jövedelmét is) | Ft |
| **Egy havi nettó átlagjövedelem:** | Ft |
| A közös háztartásban élők száma: | fő |
| **Egy főre jutó, egy havi nettó átlagkereset:**  (Az egy havi nettó jövedelem osztva a közös háztartásban élők számával, maximum 150.000,- Ft/hó/fő) | Ft |

1. **Közös háztartásban élő kiskorú eltartott, vagy súlyosan beteg gyermek:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gyermek neve:** | **Születési ideje:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Postai munkaviszony:**

|  |
| --- |
| A pályázó munkatárs neve: |
| Szervezeti egység megnevezése: |
| A pályázó munkavállaló 6 hónap folyamatos postai munkaviszonnyal rendelkezik: igen nem |
| Közvetlen felettes vezető neve, aláírása:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Közvetlen felettes vezető telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Alulírott pályázó kijelentem, hogy a Pályázati kiírásban foglalt feltételeket 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 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,
* telefonszám,
* munkaviszonnyal kapcsolatos adatok, jövedelem adatok,
* családi helyzettel kapcsolatos adatok,
* illetve az általam megadott egyéb adatokat és dokumentumokat 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 adatkezelés jogszerűségét.

Kelt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pályázó saját kezű aláírása

**Beküldendő:**

**Postakürt Alapítvány** 1068 Budapest, Benczúr u. 27.

A pályázattal kapcsolatban további információ kérhető a Postakürt Alapítvány munkatársától munkanapokon 9-14 között az alábbi elérhetőségeken:

**Nagy Ágnes**

Tel. 0630 771 9446

Email: nagy.agnes@pkalapitvany.hu