

WNIOSEK z dnia
O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ LOSOWEJ/SOCJALNEJ *
z budżetu Mazowieckiego Zarządu Wojewódzkiego ZZS „Florian”

A. Funkcjonariusz/Pracownik cywilny

Nazwisko i imię _____

Adres zamieszkania _____

Telefon kontaktowy, e-mail _____

Jednostka organizacyjna _____

Członek ZZS Florian (TAK/NIE) * _____

Wynagrodzenie (netto/śr. z trzech m-cy).

(potwierdzenie pracodawcy)

(kwota, data i podpis uprawnionego pracownika)

Wynagrodzenie współmałżonka

(potwierdzenie pracodawcy)

(netto/śr. z trzech m-cy).

(kwota, data i podpis uprawnionego pracownika)

Nr Konta Bankowego _____

B. Emeryt/Rencista

Nazwisko i imię/drugie imię _____

Adres zamieszkania _____

Telefon kontaktowy, e-mail _____

Jestem emerytem/rencistą _____

Członek ZZS Florian (TAK/NIE) * _____

Pesel _____

Dochód (wg decyzji ZER) _____

(kwota)

Dochód współmałżonka

(potwierdzenie pracodawcy/
decyzja właściwego organu)

(kwota, data i podpis uprawnionego pracownika)

Nr Konta Bankowego _____

Oświadczam, że:

- 1) moja rodzina składa się z osób, w tym dzieci pozostających na wyłącznym utrzymaniu, uczących się w trybie dziennym w szkole ponad gimnazjalnej lub szkole wyższej, do ukończenia 25 roku życia, które nie zawarły związku małżeńskiego;
- 2) dochody dodatkowe z tytułu zasiłku rodzinnego, rent, emerytur, stypendiów, alimentów, praw autorskich, dochodów z zagranicy oraz dodatkowych źródeł zarobku osiągnięte przez członków wspólnego gospodarstwa domowego w miesiącu poprzedzającym wystąpienie z wnioskiem wynoszą zł;
- 3) łączne koszty utrzymania mieszkania (czynsz, energia, gaz, woda) miesięcznie wynoszązł;
- 4) zostałam/em* poinformowana/y, że w przypadku świadomego złożenia nieprawdziwego oświadczenia o sytuacji życiowej i materialnej w rodzinie, sfalszowania dokumentu, wykorzystania pomocy niezgodnie z przeznaczeniem (cel zgodny z wnioskiem), mogę zostać pozbawiona/ny* prawa korzystania z zapomogi na okres 5 lat, a pobrana pomoc podlegać będzie zwrotowi.

Uzasadnienie wniosku:

Proszę o udzielenie pomocy socjalnej/losowej*. Prośbę swoją motywuję następująco:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Mazowieckiego Zarządu Wojewódzkiego ZZS „Florian”. Dane osobowe są przetwarzane przez Mazowiecki Zarząd Wojewódzki ZZS „Florian” z siedzibą 05-120 Legionowo, ul. Mickiewicza 11

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2015 r. poz. 2135 tj. ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z rozpatrzeniem niniejszego wniosku, zgodnie z regulaminem przyznawania pomocy finansowej z budżetu Mazowieckiego Zarządu Wojewódzkiego ZZS „Florian”

.....
/data i podpis wnioskodawcy/

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania wynikającym z art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
/data i podpis wnioskodawcy/

Opinia Zarządu Terenowego ZZS „Florian”

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zarząd Terenowy przedkłada wniosek do rozpatrzenia na najbliższym posiedzeniu Mazowieckiego Zarządu Wojewódzkiego ZZS „Florian”.

.....
/pieczętka zarządu i podpis osoby upoważnionej/

Decyzja Mazowieckiego Zarządu Wojewódzkiego ZZS „Florian”

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
/pieczętka Mazowieckiego Zarządu Wojewódzkiego /podpis osoby
upoważnionej /