

**PÁLYÁZATI ADATLAP**

Postai munkavállalók egészségügyi rehabilitációjának támogatásához

Kérjük az adatlapot olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsék ki!

(A pályázó tölti ki!)

**I. PÁLYÁZÓ POSTAI MUNKATÁRS ADATAI:**

Neve:

Születési ideje (év/hó/nap): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Születési helye: .....

A pályázó életkora meghaladja az 50 évet:

igen

nem

Életvitelszerű lakcíme:

Irányítószám:

Település neve: .....

Közterület neve (út, utca, tér stb.): .....

Házszám, emelet, ajtó: .....

A település hátrányos helyzetű:

(Kérjük jelölje!)

igen

nem

*A hátrányos helyzetű települések felsorolását a 240/2006. (XI.30) Korm. rendelet tartalmazza, de az Alapítvány munkatársaitól is kérhet információt.*

A pályázó munkatárs adóazonosító jele (tízjegyű szám):

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 1 pont jelölése!**

a kérelmező életkora meghaladja az 50. életévet, (I. pont alapján jelzett),

a kérelmező tényleges életvitelszerű lakóhelye hátrányos helyzetű településen található (a települések listáját a 240/2006. (XI. 30.) Korm. rendelet tartalmazza) (I. pont alapján jelzett),

a kérelmező megváltozott munkaképességű munkavállalónak tekintendő<sup>1</sup>a 2011. évi CXCI tv. 22.§-a alapján,

a kérelmező kiskorú gyermekét(keit) egyedül neveli (II. 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 2016. évi minimálbér összegét (111.000 Ft/hó). (II. rész kitöltése szükséges)

<sup>1</sup> egészségi állapotom a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60%-os, vagy kisebb mértékű, szakhatósági állásfoglalás időbeli hatálya alatt

• legalább 40%-os egészségkárosodással rendelkezem, az erről szóló szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás időbeli hatálya alatt,

• munkaképesség-csökkenésem 50-100%-os mértékű, az erről szóló szakvélemény időbeli hatálya alatt,

• fogyatékosági támogatásban, vagy vakok személyi járadékában részesülök.



**IV. IGAZOLÁS A POSTAI MUNKAVISZONYRÓL – KÖZVETLEN FELETTES TÖLTI KI!**

Szervezeti egység megnevezése:

Címe:

Munkáltatói/utasítási jogkörgyakorló vezető neve:

ph

Telefonszáma:

A pályázó munkatárs neve:

Kijelentem, hogy a Pályázati kiírásban foglalt kritériumokat ismerem és **azoknak minden tekintetben megfelelek**. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem továbbá, hogy az általam, a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek, ezt aláírással is igazolom. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Pályázati adatlapon megjelölt személyes adataimat, az Alapítvány az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény előírásai szerint kezelje.

Tudomásul veszem, hogy az Alapítvány

- pályázatomat, ha nem nyert az elbírálásról szóló döntés meghozatalát követő 90 nap elteltével megsemmisíti,
- pályázatomat, ha nyert a mindenkor hatályos adójogszabályok szerinti határidőig megőrzi és a határidő leteltét követő 15 napon belül megsemmisíti,
- pályázatomat csak a megsemmisítést megelőzően előterjesztett, kifejezett írásbeli kérelmemre küldi vissza részemre.

Kelt: 2016. ....hó .....-án

.....  
a pályázó postai munkavállaló