**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 karikázza be az alábbiak közül mely feltétel teljesül az Ön esetében – **elegendő 1 pont jelölése**!  **1**  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),  **3**  **2**  a kérelmező megváltozott munkaképességű munkavállalónak tekintendő[[1]](#footnote-1)a 2011. évi CXCI tv. 22.§-a alapján  **4**  a kérelmező kiskorú gyermekét(keit) egyedül neveli  a kérelmező családjában három vagy több gyermeket nevelnek (III. rész kitöltése szükséges)  **5**  a kérelmező családjában tartósan beteg, vagy fogyatékos gyermeket nevelnek (III. rész kitöltése szükséges)  **6**  a kérelmezővel egy háztartásban élők egy főre jutó utolsó 6 havi nettó átlagjövedelme nem éri el a 2018. évi minimálbér összegét (138.000 Ft/hó). **A II. táblázat kitöltése kötelező!**  **7** | |
| **II. A család szociális helyzetére vonatkozó adatok**  **(Kitöltése kötelező, amennyiben előzőleg a 7-es pontot jelölte!)** | |
| **Pályázó postai munkatárs adatai:** | |
| Munkahelye: | |
| Munkaköre: | |
| Jövedelem - az előző **hat hónap nettó** átlagkeresete: | Ft |
| Gyermektartás: | Ft |
| Árvaellátás: | Ft |
| Családi pótlék: | Ft |
| Egyéb jövedelem, ellátás: | Ft |
| **Pályázó munkatárssal közös háztartásban élő házastárs/élettárs adatai:** | |
| **Neve:** | |
| Munkahelye: | |
| Munkaköre: | |
| Jövedelem - az előző **hat hónap** **nettó** átlagkeresete: | Ft |
| Gyermektartás: | Ft |
| Árvaellátás: | Ft |
| Családi pótlék: | Ft |
| Egyéb jövedelem, ellátás: | Ft |
| **Hat havi nettó jövedelem összesen:** | Ft |
| A közös háztartásban élők száma: | fő |
| **Egy főre eső egy havi nettó átlagkereset:**  **(hat havi nettó jövedelem osztva a közös háztartásban élők számával)** | **Ft** |
| Az Alapítványtól 2017-ben kapott támogatások összege: | Ft |
| **III. Az egy 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:  p.h. | |
| 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 aláírásommal 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: 2018. ……………………………….hó ………-án

**………………………………………………**

a pályázó postai munkavállaló

1. * 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,
   * fogyatékossági támogatásban, vagy vakok személyi járadékában részesülök.

   [↑](#footnote-ref-1)