**PÁLYÁZATI ADATLAP**

**Szociálisan hátrányos helyzetű postai munkavállalók gyermekei tanulmányi költségének támogatásához**

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

 (A pályázó tölti ki!)

|  |
| --- |
| **I. A hallgató adatai:** |
| **Neve:**  |
| Születési ideje (év/hó/nap): \_ \_ \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ Születési helye: |
| **Állandó lakcíme**Irányítószám: Település neve:  |
|  Közterület neve (út, utca, tér stb.): |
|  Házszám, emelet, ajtó: |
| **Értesítési címe:**Irányítószám: Település neve:  |
|  Közterület neve (út, utca, tér stb.)  |
|  Házszám, emelet, ajtó: |
| **Tanulmányának megnevezése:**  |
| **Oktatási intézmény neve:**  |
|  Oktatási intézmény telefonszáma, e-mail elérhetősége: |
| **Előző, teljesített félév átlaga (záróvizsga/abszolutórium érdemjegye):**  |

**Figyelem!** **Két utolsó teljesített félév tanulmányait** **tételesen mutató, hallgatói jogviszonyt igazoló dokumentum** (leckekönyv/igazolás/abszolutórium/záróvizsga) tanulmányi osztály által aláírt, lebélyegzett másolatának **csatolása kötelező**!

**Nyilatkozat:**

A tanuló, hallgató önköltséges képzésben vesz részt: **igen/nem** (a megfelelő rész aláhúzandó).

Nyelvképzés támogatási igény esetén: a tanuló, hallgató záróvizsgával vagy abszolutóriummal rendelkezik: **igen/nem** (a megfelelő rész aláhúzandó).

Nyelvképzés támogatási igény esetén: diplomához szükséges **igen/nem** (a megfelelő rész aláhúzandó).

**……………………………………………… ……………………………………………..**

 a pályázó postai munkavállaló aláírása a tanuló aláírása

***Felhívjuk a figyelmet, hogy a fenti „Nyilatkozat” hiányában a pályázat érvénytelen!***

|  |
| --- |
| **II. pályázó adatai:** |
| **A pályázó postai munkatárs neve:**   |
|  **telefonszáma:** |
|  **adóazonosító jele** (10 jegyű szám)**:** |
|  **bankszámla száma** (3x vagy 2x nyolcjegyű számcsoport)**:**  |
| A bankszámla tulajdonos neve, **ha nem azonos a pályázóval:**  |
| **III. A család szociális helyzetére vonatkozó adatok:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rokkant-nyugdíjas | Munkanélküli/alkalmi munkából élő | Segéd-munkás | Szak-munkás | Vállalkozó | Diplomávalnem rendelkezőszellemidolgozó | Diplomávalrendelkezőszellemidolgozó | GYED GYES |
| **Anya** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Apa** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*(Kérjük, X-szel jelölje a megfelelőt!)** |
| **Apa/törvényes képviselő neve:** |
| Lakcíme: |
| Telefonszáma: |
| Születési helye és ideje: |
| Munkahelye: |
| Munkaköre: |
| Igazolt jövedelem (jövedelemigazolás benyújtásával az előző **hat** **hónap** **nettó** átlagkeresetéről):  |  Ft  |
| Gyermektartás:  |  Ft |
| Árvaellátás:  |  Ft |
| Családi pótlék:  |  Ft |
| Egyéb jövedelem:  |  Ft |
|  |
| **Anya/törvényes képviselő neve:** |
| Lakcíme: |
| Telefonszáma: |
| Születési helye és ideje: |
| Munkahelye: |
| Munkaköre: |
| Igazolt jövedelem (jövedelemigazolás benyújtásával az előző **hat hónap** **nettó** átlagkeresetéről):  |  Ft  |
| Gyermektartás:  |  Ft |
| Árvaellátás: |  Ft |
| Családi pótlék:  |  Ft |
| Egyéb jövedelem: |  Ft |
| **Igazolt hat havi nettó jövedelem összesen:**  |  Ft  |
| **Egy havi nettó jövedelem:** |  Ft |
| A közös háztartásban élők száma:  |  fő |
| **Egy főre eső egy havi nettó átlagjövedelem:** **(egy havi nettó jövedelem osztva a közös háztartásban élők számával)**  |  **Ft** |
| Postakürt Alapítványtól 2016-ban kapott támogatási összeg: |  Ft |
|  Az egy háztartásban élő eltartottak adatai:  Név: életkor tanul (x) dolgozik (x) |
| …………………………………………………………….  |
| …………………………………………………………….  |
| …………………………………………………………….  |
| …………………………………………………………….  |
| ……………………………………………………………..  |
| ……………………………………………………………..  |
| ……………………………………………………………..  |
| **IV. A TÁMOGATÁS** |
| **A támogatás kért összege**: (A támogatás legfeljebb a 2017-ben érvényes minimál bér összege, **maximum 127.500 Ft** lehet.) …………..………. Ft |
| **A támogatási kérelem rövid indoklása:** ………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................………………………………………………………………………………………………….......................……………………………………………………………………………………………….....................................................................................................................................................................................………………………………………………………………………………………………….......................…………………………………………………………………………………………………......................………………………………………………………………………………………………….......................…………………………………………………………………………………………………....................... |

*Kijelentem, hogy a Pályázati kiírásban foglalt pályázati feltételeket ismerem, azoknak* ***mindenben megfelelek****. Kijelentem továbbá, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. E nyilatkozatokat aláírásommal igazolom. Hozzájárulok ahhoz, hogy 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, elutasítás esetén az elbírálásról szóló döntés meghozatalát követő 90 nap elteltével megsemmisíti,*
* *pályázatomat, pozitív elbírálás esetén 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*

**……………………………………………… ……………………………………**

 a pályázó postai munkatárs aláírása a tanuló aláírása

 (A munkáltató tölti ki)

|  |
| --- |
| **V. munkáltatóI AJÁNLÁS** |
| Szervezeti egység megnevezése: |
| Címe: |
| Közvetlen felettes, vezető neve: |
| Telefonszáma: |
| Támogatásra javasolt munkatárs neve: |

**Kérjük véleményét a pályázó kolléga munkához való hozzáállásáról és életkörülményeiről a pályázati támogatás elbírálása érdekében!**

Segítsége fontos számunkra! Köszönjük közreműködését!

**Ajánlás a Pályázathoz**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dátum: **…………………………………………**

 ajánló vezető aláírása