**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 | Diplomával  nem rendelkező  szellemi  dolgozó | Diplomával  rendelkező  szellemi  dolgozó | 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