

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Pesel lub NIP

.....
Numer telefonu

.....
Adres mailowy

.....
Adres właściwego Urzędu Skarbowego

.....
Numer rachunku bankowego / konta osobistego w Banku

ZARZĄD
FUNDUSZU POMOCY DORAŻNEJ
przy ZARZĄDZIE GŁÓWNYM NSZZFiPW
ul. Wisniowa 50
02-520 Warszawa

WNIOSEK

o przyznanie zapomogi materialnej z Funduszu przeznaczonego na pomoc dla funkcjonariuszy, pracowników, emerytów i rencistów Służby Więziennej, oraz członków ich rodzin.
Proszę o udzielenie pomocy materialnej z tytułu:

- * leczenia i rehabilitacji,
 - * zakupu leków, protez, sprzętu rehabilitacyjnego,
 - * innych przypadków nie wymienionych powyżej - &6 ust.2
- (*) - proszę podkreślić właściwą formę pomocy.

Szczegółowe uzasadnienie:

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

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

Informacje dodatkowe:

1. Ilość osób na utrzymaniu:

Nazwisko i imię	Wiek	Stopień pokrewieństwa
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Dochody brutto własne z tytułu pracy zarobkowej lub inne (z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku)

*słownie.....słownie.....

3. Dochody brutto współmałżonka z tytułu pracy zarobkowej lub inne (z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku)

*słownie.....

4. Wysokość miesięcznego dochodu brutto na osobę:

*słownie.....

5. Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
miejsce i data

.....
imię i nazwisko

(*) wymagane zaświadczenie w przypadku kształcenia dzieci.

POTWIERDZENIE ZARZĄDU TERENOWEGO / OKRĘGOWEGO NSZZFiPW

..... opłaca składki na FPD.
Imię i nazwisko

..... jest członkiem NSZZFiPW.
Imię i nazwisko

.....
pieczęć ZT / ZO NSZZFiPW data i czytelny podpis osoby uprawnionej

Podane we wniosku dane osobowe będą przetwarzane przez Zarząd Funduszu Pomocy Doraźnej z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiśniowa 50, oraz przez:

.....
wpisać właściwą Organizację Związkową

zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (DZ. U.2002, nr101, poz. 926 z późn. zm.) w celu realizacji pomocy finansowej z Funduszu Pomocy Doraźnej NSZZ FiPW. Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Każdy ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwość ich poprawiania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w szczególności danych dotyczących stanu zdrowia przez Zarząd Funduszu Pomocy Doraźnej Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa, oraz przez:

.....
wpisać właściwą Organizację Związkową

.....
miejscowość i data czytelny podpis wnioskodawcy

6. Oświadczam, że zapoznałem / łaam się z regulaminem FPD

.....
data czytelny podpis wnioskodawcy