

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Numer rachunku bankowego:

Organizacja terenowa NSZZFiPW:

ZARZĄD

FUNDUSZU POMOCY DORAŻNEJ

przy ZARZĄDZIE GŁÓWNYM NSZZFiPW

ul. Wiśniowa 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.

Rodzaj wnioskowanej pomocy:

- ☐ Leczenie i rehabilitacja
- ☐ Zakup leków, protez, sprzętu rehabilitacyjnego
- ☐ Inny przypadek losowy (opisać poniżej)

Opis zdarzenia / uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Dane o sytuacji rodzinnej i dochodowej:

Liczba osób pozostających na utrzymaniu:

Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Uwagi

Średni miesięczny dochód brutto wnioskodawcy (z ostatnich 3 miesięcy): zł

Średni miesięczny dochód brutto współmałżonka: (z ostatnich 3 miesięcy): zł

Dochód brutto na osobę w gospodarstwie domowym: zł

Załączniki:

☐ potwierdzenie opłacania składek na Fundusz Pomocy Doraźnej lub ważna i opłacona polisa ubezpieczeniowa na życie zawarta za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego wskazanego w uchwale przez Zarząd Główny NSZZ FiPW

☐ zaświadczenie lekarskie

☐ dokumentacja medyczna (opis, faktury, rachunki)

☐ zaświadczenie o dochodach

☐ oświadczenie o kosztach rehabilitacji / leczenia

☐ zaświadczenie w przypadku kształcenia dzieci

☐ inne:

Zgody i oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, przez Zarząd Funduszu Pomocy Doraźnej NSZZFiPW oraz właściwą organizację związkową, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO oraz art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku. Zakres danych ograniczony jest do niezbędnego minimum.
2. Wyrażam zgodę na udostępnienie załączonej dokumentacji medycznej członkom Komisji FPD wyłącznie w celu oceny zasadności wniosku. Członkowie Komisji zobowiązani są do zachowania poufności.
3. Oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
4. Administratorem danych osobowych jest Zarząd Funduszu Pomocy Doraźnej NSZZFiPW z siedzibą w Warszawie, ul. Wiśniowa 50. Dane przechowywane są przez okres 5 lat od zakończenia postępowania, zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e oraz art. 32 RODO.

Miejscowość i data:

Podpis wnioskodawcy:

Opinia organizacji terenowej / okręgowej NSZZFiPW:

Organizacja potwierdza przynależność członkowską : ☐ tak ☐ nie

Organizacja potwierdza odprowadzanie składek za członka Funduszu Pomocy Doraźnej:

(w przypadku opłacania składek przez organizację terenową) ☐ tak ☐ nie

Uwagi i rekomendacja organizacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczęć ZT / ZO NSZZFiPW

Czytelny podpis upoważnionej osoby

Klauzula informacyjna:

Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji pomocy finansowej z Funduszu Pomocy Doraźnej NSZZFiPW. Każdy wnioskodawca ma prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Data i podpis wnioskodawcy.....