

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy / jednostka org. /lub emeryt/rencista

Data

.....
adres do korespondencji

.....
nr telefonu do kontaktu

**Zarząd Fundacji
Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy
i Pracowników UOP i ABW**

**WNIOSEK
z prośbą o pomoc w ramach**

- „Programu pomocy dzieciom” *
- „Programu „Stali podopieczni”
- „Programu „Wyprawka szkolna”

Proszę o udzielenie
(dane osoby do której kierowana jest pomoc a w sytuacji gdy pomoc jest dedykowana innej osobie niż wnioskodawca również stopień pokrewieństwa)

pomocy finansowej: *

- jednorazowej w kwocie zł,
- cyklicznej w okresie miesięcy, w wysokości zł / miesiąc **

na sfinansowanie/ dofinansowanie / refundację kosztów: *

- leczenia, terapii lub diagnostyki,
- zakupu leków, opatrunków lub preparatów leczniczych,
- rehabilitacji leczniczej,
- zakupu sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, ortopedycznego, pomocniczego, itp.,
- zakupu podręczników, pomocy i przyborów szkolnych dla mojego / moich dzieci,
- inne:

* niewłaściwe skreślić

** dotyczy tylko programu „Stali podopieczni”

Uzasadnienie wniosku, opis sytuacji, problemu medycznego:

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

Oświadczenie o sytuacji materialno-bytowej rodziny

Proszę zaznaczyć / wypełnić tylko właściwe pozycje – w pozostałych wpisać „Nie dotyczy”

1. Adres zamieszkania:

2. Liczba osób w gospodarstwie domowym :

(w przypadku dzieci pozostających w wspólnym gospodarstwie domowym podać wiek dziecka)

.....

4. Aktualny łączny miesięczny dochód brutto w gospodarstwie domowym z tytułu:

(Należy wykazać dochody uzyskiwane przez wszystkie osoby pozostające w gospodarstwie domowym)

wynagrodzenie za pracę:

emerytura/renta:

zasiłek dla bezrobotnych:

zasiłek z opieki społecznej:

przychody z dzierżawy/wynajmu:.....

inne przychody:

(należy wskazać źródło przychodu w tym: zapomogi, pomoc uzyskiwaną od innych fundacji, programy społeczne typu 500+, itp.)

Aktualne miesięczne wydatki stałe w gospodarstwie domowym:

(Utrzymanie mieszkania, kredyty, pożyczki, leczenie, rehabilitacja, itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

Numer rachunku bankowego, na który ma być przekazana pomoc finansowa:

.....

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym a niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności z art. 233 kodeksu karnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników UOP i ABW, z siedzibą w Warszawie przy ul. Samochodowej 5 A, dla potrzeb niezbędnych do udzielenia pomocy – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 992 –jt. zm). Podanie danych jest dobrowolne. Przysługuje mi prawo wycofania udzielonej zgody, dostępu do treści moich danych oraz do ich poprawienia.

Wykaz załączonych dokumentów:

- 1

- 2

- 3

- 4

.....
Podpis wnioskodawcy