

W N I O S E K
O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ
Z FUNDUSZU POMOCOWEGO SŁUŻBY WIĘZIENNEJ

Centralny Zarząd Służby Więziennej
Komisja Zarządzająca
Funduszem Pomocowym
Służby Więziennej
ul. Rakowiecka 37 a
02 - 521 Warszawa

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy oraz jego status (funkcjonariusz/pracownik, emeryt/rencista)
Nazwa jednostki organizacyjnej SW, w której wnioskodawca pełni służbę lub pracuje / organu NSZZFiPW

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer ewidencyjny PESEL wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania wnioskodawcy: Kraj / Województwo / Powiat

.....
Adres zamieszkania wnioskodawcy c.d.: Gmina / Ulica / Nr domu / Nr lokalu

.....
Adres zamieszkania wnioskodawcy c.d.: Miejscowość / Kod pocztowy / Poczta

.....
Adres email wnioskodawcy / Numer telefonu kontaktowego wnioskodawcy

.....
Adres właściwego dla wnioskodawcy Urzędu Skarbowego wraz z kodem pocztowym

Zwracam się z wnioskiem o udzielenie pomocy finansowej w związku:¹⁾

- 1) z leczeniem i rehabilitacją;
- 2) z zakupem leków specjalistycznych, protez, sprzętu rehabilitacyjnego itp.;
- 3) z § 4 pkt 1 lit. c regulaminu
- 4) z § 4 pkt 1 lit. d regulaminu

Szczegółowe uzasadnienie wniosku:

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

W załączeniu przesyłam opisaną dokumentację potwierdzającą w/w zdarzenie.

Potwierdzam, że wnioskodawca od dnia uczestniczy

w Programie ubezpieczenia Grupy PZU S.A.: ¹⁾

Wariant Rodzinny (pakiety I – X) -----	TAK / NIE
Wariant Ochronny (pakiet XI) -----	TAK / NIE
Wariant Socjalny (pakiet XII) -----	TAK / NIE
Odpowiedzialność cywilna -----	TAK / NIE
Odpowiedzialność cywilna Służb Medycznych -----	TAK / NIE
Następstw nieszczęśliwych wypadków służba/praca -----	TAK / NIE
Następstw nieszczęśliwych wypadków służba/praca i życie prywatne -----	TAK / NIE
Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci niepełnoletnich Funkcjonariuszy i Pracowników Służby Więziennej -----	TAK / NIE

.....
Data, pieczęć imienna, podpis (lub czytelny podpis) osoby prowadzącej Program

Ostatnio otrzymałam/em pomoc finansową z Funduszu (data, nr sprawy, kwota)

Którą przeznaczyłam/em na:

1. Ilość osób na utrzymaniu wnioskodawcy:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Wiek	Stopień pokrewieństwa
1.				wnioskodawca
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

2. Średni miesięczny dochód netto wnioskodawcy z 3 ostatnich miesięcy – potwierdzony zaświadczeniem z tytułu:

pracy zarobkowej zł gr

innych źródeł dochodów zł gr

3. Średni miesięczny dochód netto współmałżonka wnioskodawcy z 3 ostatnich miesięcy – potwierdzony zaświadczeniem z tytułu:

pracy zarobkowej zł gr

innych źródeł dochodów zł gr

4. Średni miesięczny dochód netto na osobę zł gr

W przypadku przyznania pomocy finansowej, zamierzam ją przeznaczyć na następujące cele:

.....

Oświadczam, że podane w niniejszym wniosku dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Ewentualnie przyznana pomoc finansową proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy (nie dotyczy ubiegania się o pomoc finansową na podstawie § 4 pkt 1 lit. d regulaminu).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
 Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam, że wniosek sprawdzono pod względem formalnym:

.....
 Data, pieczęć imienna, podpis (lub czytelny podpis) osoby prowadzącej sprawę kadrowe lub Program w jednostce organizacyjnej SW, w której wnioskodawca pełni służbę / pracuje, przedstawiciela organu NSZZFiPW.

Oświadczenia wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią regulaminu Funduszu Pomocowego Służby Więziennej.

..... Data, czytelny podpis

Niniejszym oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w szczególności dotyczących stanu zdrowia w celach określonych w regulaminie Funduszu Pomocowego Służby Więziennej:

- moich danych,
- danych moich dzieci.²⁾

..... Data, czytelny podpis

Oświadczenia współmałżonka wnioskodawcy lub pełnoletniego dziecka³⁾

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią regulaminu Funduszu Pomocowego Służby Więziennej.

..... Data, czytelny podpis

Niniejszym oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w szczególności dotyczących stanu zdrowia w celach określonych w regulaminie Funduszu Pomocowego Służby Więziennej:

- moich danych,
- danych moich dzieci.²⁾

..... Data, czytelny podpis

.....
Nazwa jednostki organizacyjnej SW,
w której wnioskodawca pełni służbę lub pracuje / organu NSZZFiPW

.....
Adres jednostki organizacyjnej SW,
w której wnioskodawca pełni służbę lub pracuje / organu NSZZFiPW

- 1) Właściwie zakreślić.
- 2) Należy zaznaczyć w przypadku, gdy wniosek dotyczy niepełnoletnich własnych dzieci, dzieci przysposobionych lub przyjętych na wychowanie.
- 3) Wypełnia współmałżonek wnioskodawcy lub pełnoletnie dziecko, w przypadku, gdy wniosek dotyczy pełnoletniego dziecka lub współmałżonka wnioskodawcy lub niepełnoletnich dzieci współmałżonka wnioskodawcy.