

Załącznik nr 3

do Regulaminu zasad korzystania i przyznawania pomocy ze środków finansowych Fundacji Pomocy PSP „Solidarni” przeznaczonych na pomoc dla poszkodowanych funkcjonariuszy i pracowników PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ oraz członków ich rodzin.

Dla funkcjonariuszy, pracowników, emerytów i rencistów PSP nieobjętych ochroną ubezpieczeniową oraz dla wdowy (wdowca) i dzieci osieroconych przez strażaków, którzy zginęli w czasie pełnienia służby w PSP.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY

Nr ¹ z dnia

Prosimy o wypełnienie wniosku na komputerze lub czytelnie pismem ręcznym (w miarę możliwości drukowanymi literami). Prosimy o przekreślenie rubryk zawierających informacje, które nie dotyczą Wnioskodawcy.

Gdyby ilość miejsca na formularzu wniosku okazała się niewystarczająca dla podania wszystkich informacji, które Wnioskodawca powinien lub chce zamieścić we wniosku, prosimy o zaznaczenie tego faktu w treści wniosku i przedstawienie dodatkowych informacji na odrębnych kartkach załączonych do wniosku.

Prosimy także o załączenie do wniosku kopii posiadanych przez Wnioskodawcę dokumentów potwierdzających okoliczności wskazane we wniosku, zgodnie z zestawieniem na końcu dokumentu.

Wypełniony i podpisany wniosek wraz z załącznikami prosimy dostarczyć osobiście lub przesłać na adres: Fundacji Pomocy PSP „Solidarni”

Część A - Informacje o Wnioskodawcy² i Beneficjencie

Imiona i nazwisko Wnioskodawcy

Imiona rodziców

PESEL

Rodzaj dowodu tożsamości Wnioskodawcy

Seria i nr dowodu tożsamości Wnioskodawcy

Data ważności dowodu tożsamości Wnioskodawcy

Data przyjęcia do służby lub pracy w PSP

Data zwolnienia ze służby lub pracy w PSP

Data przejścia na rentę lub emeryturę strażacką

Stopień

Adres i telefon jednostki organizacyjnej, w której pełni (pełnił emeryt, rencista) służbę lub pracuje Wnioskodawca

Imię i nazwisko potencjalnego Beneficjenta

(wypełnić w przypadku, gdy Wniosek dotyczy pomocy dla członka rodziny Wnioskodawcy)

1. Wypełnia Zarząd Fundacji

2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (wg wzoru z Załączników nr 5 i 6 do Regulaminu przyznawania pomocy przez Fundację stanowią integralną część Wniosku i powinny zostać do niego załączone (o ile nie zostały wcześniej przekazane Fundacji)

Dane adresowe Wnioskodawcy

Imię (imiona) Nazwisko
 Data urodzenia Miejsce urodzenia
 PESEL Płeć K / M

Adres zameldowania

Ulica Nr domu/lokalu
 Miejscowość Kod pocztowy
 Województwo Poczta

Adres zamieszkania, (jeżeli jest inny niż zameldowania)

Ulica Nr domu/lokalu
 Miejscowość Kod pocztowy
 Województwo Poczta

Adres korespondencyjny, (jeżeli jest inny niż zameldowania)

Ulica Nr domu/lokalu
 Miejscowość Kod pocztowy
 Województwo Poczta

Dane Kontaktowe Wnioskodawcy

Telefon kontaktowy
 Alternatywny nr telefonu
 Adres E-MAIL

Dane Beneficjenta (osoby, której ma być udzielona pomoc)

Imię (imiona) Nazwisko
 Data Urodzenia Miejsce urodzenia
 PESEL Płeć K / M

Imię (imiona) Nazwisko
 Data Urodzenia Miejsce urodzenia
 PESEL Płeć K / M

Załączniki: Proszę zaznaczyć „x”

- 1/ Kopia legitymacji służbowej lub emerytalnej
- 2/ Kopia dowodu tożsamości wnioskodawcy
- 3/ Kopia dowodu tożsamości współmałżonka wnioskodawcy
- 4/ Kopia dokumentu potwierdzająca dzieci (akt urodzenia).

Miejscowość i data Podpis Wnioskodawcy

Część B - Informacja o rodzinie i sytuacji materialnej

Liczba osób pozostających z Wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym

w tym:

dzieci do lat 18:

młodzież ucząca się w wieku 18-25 lat:

Dane dotyczące dochodu członków rodziny pozostających z Wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym:

lp	Imiona i nazwiska członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	Stopień pokrewieństwa	PESEL lub data urodzenia dziecka	Wysokość dochodów (miesięcznie brutto)
----	--	-----------------------	----------------------------------	--

Średni miesięczny dochód brutto na osobę w rodzinie w PLN (suma dochodów brutto wszystkich członków gospodarstwa domowego podzielona przez liczbę osób w gospodarstwie domowym):

Dodatkowe dochody rodziny

**Wysokość
miesięcznie**

- 1/ zasiłek pielęgnacyjny
- 2/ zasiłek stały
- 3/ zasiłek rodzinny
- 4/ zasiłek okresowy przyznany na więcej niż 3 miesiące
- 5/ świadczenie pielęgnacyjne
- 6/ zasiłek z tytułu samotnego wychowywania dziecka
- 7/ zasiłek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego
- 8/ zasiłek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej
- 9/ zasiłek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego
- 10/ zasiłek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania
- 11/ zasiłek dla bezrobotnych
- 12/ alimenty zasądzone sądownie i do ręki
- 13/ dochód z gospodarstwa rolnego
- 14/ dodatek mieszkaniowy
- 15/ inne zasiłki i dodatki

Załączniki; Proszę zaznaczyć „x”

- 1/ kopie dokumentów potwierdzających wysokość dochodów wnioskodawcy
- 2/ kopia dokumentu potwierdzającego wysokość dochodu współmałżonka
- 3/ inne dokumenty potwierdzające wysokość dochody

Miejscowość i data

Podpis Wnioskodawcy

Część C - Uzasadnienie Wniosku

Podstawę pomocy wynikającą ze Statutu Fundacji Pomocy PSP „Solidarni ” Proszę zaznaczyć „x”

1. Celem Fundacji jest prowadzenie działalności społecznie użytecznej dla dobra funkcjonariuszy pożarnictwa, pracowników, emerytów i rencistów Państwowej Straży Pożarnej, zwanej dalej w skrócie PSP, oraz członków ich rodzin, a w szczególności

- 1) Niesienie pomocy materialnej i finansowej:
 - a) poszkodowanym w wyniku zdarzenia losowego
 - b) poszkodowanym, którzy doznali trwałej lub częściowej utraty zdrowia w wyniku choroby lub wypadku
 - c) wdowom (wdowcom) i dzieciom osieroconym przez strażaków, którzy zginęli w czasie pełnienia służby, a ich rodziny pozostają w trudnych warunkach materialnych i życiowych,
 - d) osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w służbie
- 2) podejmowanie i wspieranie działań w zakresie szerzenia oświaty i wspierania nauki wśród dzieci osieroconych przez strażaków, którzy zginęli w czasie pełnienia służby

2. Udzielanie pomocy finansowej osobom uprawnionym w związku z:

- a) leczeniem i rehabilitacją nie objętymi refundacją kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne podmioty;
- b) leczeniem wysokopłatnym w przypadku nie pokrywania w pełnej wysokości kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne podmioty;

- c) zakupem leków specjalistycznych, protez, sprzętu rehabilitacyjnego, innych materiałów i środków sanitarnych, będących koniecznymi dla życia i zdrowia poszkodowanego, a których koszty zakupu nie są pokrywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne podmioty;
 - d) przypadkami szczególnymi, wynikającymi z utraty zdrowia, a nieprzewidzianymi w ppkt a) – c);
 - e) poszkodowanym w wyniku zdarzenia losowego,
3. przeciwdziałanie zagrożeniom dla zdrowia i życia osób uprawnionych, poprzez zbiorową profilaktykę nie podlegającą obowiązkowej realizacji w ramach przepisów szczególnych,
- 4 udzielanie zapomóg materialnych i finansowych wdowom (wdowcom) i dzieciom osieroconym przez strażaków, którzy zginęli w czasie pełnienia służby, pozostających w trudnych warunkach materialnych i życiowych,
5. udzielanie stypendiów i pomocy materialnej związanej z kształceniem i nauką dzieci osieroconych przez strażaków, którzy zginęli w czasie pełnienia służby.

Szczegółowe uzasadnienie

Przedkładam następujące dokumenty. Proszę zaznaczyć „x”

- 1/ karta informacyjna leczenia szpitalnego
- 2/ karty informacyjne leczenia rehabilitacyjnego
- 3/ inne karty informacyjne leczenia
- 4/ orzeczenie komisji lekarskiej
- 5/ orzeczenie o stopniu niesprawności
- 6/ orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalistycznego
- 7/ zaświadczenie lekarskie
- 8/ skierowanie na specjalistyczne leczenie i rehabilitację
- 9/ protokół powypadkowy
- 10/inne dokumenty

Przedkładam dowody potwierdzające ponoszone koszty³ Proszę zaznaczyć „x”

- 1/ faktury za leki i materiały sanitarne

³ Rachunki, faktury i inne dowody potwierdzające poniesione koszty mogą być refundowane przez Fundację tylko wówczas, gdy na odwrocie są podpisane i opisane przez Wnioskodawcę, co do celowości poniesionych kosztów i nie budzą wątpliwości pod względem rzetelności i celowości ich wydatkowania. (np. faktury wystawione za paliwo muszą być potwierdzone pieczęcią w miejscu pobytu, dowody wpłaty wystawione w języku obcym muszą być przetłumaczone i podpisane przez tłumacza przysięgłego.

- 2/ faktury za leczenie i rehabilitacje
- 3/ faktury za sprzęt rehabilitacyjny
- 4/ faktury za noclegi i dojazdy do placówek służby zdrowia
- 5/ faktury opisane za paliwo
- 6/ faktury proforma
- 7/ inne dokumenty

Załącznik nr 4 do regulaminu

- 1/ zestawienie rachunków za leki i materiały sanitarne na kwotę
- 2/ zestawienie rachunków za leczenie i rehabilitacje na kwotę
- 3/ zestawienie rachunków za sprzęt rehabilitacyjny na kwotę
- 4/ zestawienie rachunków za noclegi i dojazdy z opisem na kwotę
- 5/ zestawienie rachunków za paliwo z opisem na kwotę
- 6/ zestawienie rachunków pro forma na kwotę
- 7/ zestawienie rachunków za dostosowanie pomieszczeń dla osób niepełnosprawnych na kwotę
- 8/ zestawienie rachunków za inne wydatki na kwotę

Pomoc finansowa otrzymana wcześniej z **Funduszu** Pomocy Poszkodowanym Funkcjonariuszom i Pracownikom PSP oraz Członkom ich Rodzin

Rok	Kwota netto	Rok	Kwota netto	Rok	Kwota netto
-----	-------------	-----	-------------	-----	-------------

Pomoc finansowa otrzymana wcześniej z **Fundacji** Pomocy Poszkodowanym Funkcjonariuszom i Pracownikom PSP oraz Członkom ich Rodzin „**Solidarni**”

Rok	Kwota netto	Rok	Kwota netto	Rok	Kwota netto
-----	-------------	-----	-------------	-----	-------------

Pomoc finansowa otrzymana z innych Fundacji, komendy PSP, innych instytucji

Nazwa	Rok	Kwota netto
-------	-----	-------------

Miejscowość i data

Podpis Wnioskodawcy

Część D - Dane rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy (na ten rachunek bankowy przelewane będzie Pomoc w przypadku współfinansowania w formie refundacji)

Dane właściciela rachunku

**NIP w przypadku, gdy Wnioskodawca prowadzi lub prowadził działalności gospodarczą
Nazwa i adres Urzędu Skarbowego**

Oświadczenie

Oświadczam, że wszystkie informacje podane we „Wniosku o przyznanie pomocy” są zgodne z prawdą.

Miejscowość i data

Podpis Wnioskodawcy

Zestawienie załączników do wniosku

Miejscowość i data

Podpis Wnioskodawcy