**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 PRZYZNANIE POMOCY** |
| **Nr [[1]](#footnote-2)** | **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 Wnioskodawcy****[[2]](#footnote-3) 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)*** |
|  |
| **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:
 |
| 1. poszkodowanym w wyniku zdarzenia losowego
 |  |
| 1. poszkodowanym, którzy doznali trwałej lub częściowej utraty zdrowia w wyniku choroby lub wypadku
 |  |
| 1. wdowom (wdowcom) i dzieciom osieroconym przez strażaków, którzy zginęli w czasie pełnienia służby, a ich rodziny pozostają w trudnych warunkach materialnych i życiowych,
 |  |
| 1. osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w służbie
 |  |
| 1. 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:** |
| 1. leczeniem i rehabilitacją nie objętymi refundacją kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne podmioty;
 |  |
| 1. leczeniem wysokopłatnym w przypadku nie pokrywania w pełnej wysokości kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne podmioty;
 |  |
| 1. 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;
 |  |
| 1. przypadkami szczególnymi, wynikającymi z utraty zdrowia, a nieprzewidzianymi w ppkt a) – c);
 |  |
| 1. 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 koszty[[3]](#footnote-4) Proszę zaznaczyć „x”** |
| 1/ faktury za leki i materiały sanitarne  |  |
| 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/ zastawienie 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** |
| **0świadczam, 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** |

1. .Wypełnia Zarząd Fundacji [↑](#footnote-ref-2)
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) [↑](#footnote-ref-3)
3. 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 pieczątką w miejscu pobytu, dowody wpłaty wystawione w języku obcym muszę być przetłumaczone i podbite przez tłumacza przysięgłego. [↑](#footnote-ref-4)