**Załącznik nr 2**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umów będących w załączniku nr 1 do Regulaminu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 PSP lub emerytalnej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 2/ Kopia dowodu tożsamości wnioskodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 3/ Kopia dowodu tożsamości współmałżonka wnioskodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 4/ Kopia dokumentu potwierdzająca dzieci (akt urodzenia). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 5/ kopia ubezpieczeń w ramach dywidend lub informacja z jednostki organizacyjnej PSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **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)