

.....
/miejsowość, data/

**Zarząd
Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka
ul. Krowoderska 24/1
31-142 Kraków**

Wnioskuje o przyznanie mi pomocy finansowej w ramach „Funduszu wsparcia rodziny”.

Prośbę swoją motywuję ciężką sytuacją materialną/rodzinną oraz oczekiwaniem na urodzenie dziecka/dzieci.

Dane wnioskodawcy:

1. Imię:

2. Nazwisko:

3. Miejsce zameldowania: -.....
.....

4. Adres do korespondencji (**jeżeli jest inny niż adres stałego zameldowania**):
.....

5. Numer telefonu:

6. Data urodzenia: .. r.

7. Miejsce urodzenia:

8. Imię ojca i matki:

9. NIP: - - -

10. PESEL:

11. Adres i nazwa Urzędu Skarbowego:

.....

Poniżej proszę zaznaczyć i uzupełnić odpowiednie pola:

Pomoc z opieki społecznej: nie tak, w wysokości zł
 jednorazowo regularnie

Pomoc z innych organizacji: nie tak, w wysokości zł
 jednorazowo regularnie

Ilość WSZYSTKICH osób w gospodarstwie domowym:

- dzieci powyżej 18 r. życia plus rodzice: jeden dwoje
- dzieci do 18 r. życia
- pozostałe osoby

Warunki lokalowe (mieszkanie własne/rodziny/ wynajmowane, ilość pokoi i metrów kwadratowych):.....

Nauka (czy matka jest uczennicą/studentką jeżeli tak to jakiej szkoły/uczelni i czy zamierza kontynuować edukację).....

Dzieci niepełnosprawne: ilość:, wiek dzieci niepełnosprawnych:

Planowany termin porodu (dzień – miesiąc – rok):

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że w czasie otrzymywania pomocy ze Stowarzyszenia będę osobiście sprawować opiekę nad dzieckiem, którego się obecnie spodziewam.
2. Oświadczam, że znany jest mi Regulamin „Funduszu Dziecka Chorego” i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że znana jest mi klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka, dostępna pod adresem internetowym www.pro-life.pl/klauzula, i akceptuję jej zapisy. Treść klauzuli otrzymam w formie wydruku razem z decyzją o rozpatrzeniu wniosku.

Do wniosku dołączam:

- 1) Podpisany regulamin „Funduszu wsparcia rodziny”.
- 2) Zaświadczenie lekarskie potwierdzające pozostawanie kobiety ciężarnej pod opieką medyczną.
- 3) Akty urodzenia dzieci do 18 r. życia – do wglądu lub ksero.
- 4) Zaświadczenie o zarobkach za 2017 r. z Urzędu Skarbowego (wydawane bezpłatnie) **wszystkich osób od 18 r. życia** (dzieci i rodzice).

- 5) Potwierdzenie samotnego wychowywania dziecka/dzieci (dotyczy kobiet, które mają dzieci i samotnie je wychowują), może to być: kopia odpisu prawomocnego wyroku sądu zasądającego alimenty na rzecz osób w rodzinie lub kopia odpisu protokołu zawierającego treść ugody sądowej, aktualna decyzja z MOPS lub Urzędu Miasta/Gminy dotycząca dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka, alimentów z funduszu alimentacyjnego itp.

.....

/czytelny podpis/

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych w niniejszym formularzu danych osobowych moich i członków mojej rodziny, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, przez Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka z siedzibą w Krakowie, w celu umożliwienia analizy mojej sytuacji w związku z wnioskiem o pomoc finansową w ramach „Funduszu Dziecka Chorego”.

.....

/czytelny podpis/