

.....
/miejsowość, data/

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

Wnioskuje o przyznanie mi pomocy finansowej w ramach „Funduszu ochrony macierzyństwa”. Prosbę swojā motywuje bardzo trudnā sytuacjā materialnā i rodzinnā oraz oczekiwaniem na urodzenie dziecka (dzieci).

Dane wnioskodawczyni:

1. I IMIĘ:		2. II IMIĘ:	
3. NAZWISKO:			
4. IMIĘ OJCA:		5. IMIĘ MATKI:	
6. MIEJSCE URODZENIA:	7. DATA URODZENIA:	8. PESEL:	
9. ADRES ZAMELDOWANIA, ULICA:		10. NR DOMU:	11. NR MIESZKANIA:
12. KOD POCZTOWY:	13. MIEJSCOWOŚĆ:	14. NUMER TELEFONU:	
15. ADRES DO KORESPONDENCJI, JEŻELI JEST INNY NIŻ ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA, ULICA:		16. NR DOMU:	17. NR MIESZKANIA:
18. KOD POCZTOWY:	19. MIEJSCOWOŚĆ:	20. NUMER TELEFONU:	
21. ADRES E-MAIL:			
22. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Poniżej proszę zaznaczyć i uzupełnić odpowiednie pola.

<p>Czy rodzina otrzymuje pomoc z opieki stołecznej?</p>	<p><input type="checkbox"/> – nie, <input type="checkbox"/> – tak, wysokości: zł netto, <input type="checkbox"/> – jednorazowo, <input type="checkbox"/> – regularnie.</p>
<p>Czy rodzina otrzymuje pomoc z innych organizacji?</p>	<p><input type="checkbox"/> – nie, <input type="checkbox"/> – tak, wysokości: zł netto, <input type="checkbox"/> – jednorazowo, <input type="checkbox"/> – regularnie.</p>
<p>Liczba wszystkich osób w gospodarstwie domowym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dzieci powyżej 18 r. życia plus rodzice: <input type="checkbox"/> – jeden, <input type="checkbox"/> – dwoje, • dzieci do 18 r. życia • pozostałe osoby 	
<p>Warunki lokalowe: <input type="checkbox"/> – mieszkanie własne lub rodziny, <input type="checkbox"/> – wynajmowane, liczba pokoi: i metrów kwadratowych:</p>	
<p>Czy wnioskodawczyni jest uczennicą lub studentką, a jeżeli tak to jakiej szkoły (uczelni) i czy zamierza kontynuować edukację? </p>	
<p>Czy wnioskodawczyni jest matką dziecka lub dzieci niepełnosprawnych? <input type="checkbox"/> – nie, <input type="checkbox"/> – tak, jeżeli tak to ilu i w jakim wieku? </p>	
<p>Planowany termin porodu (dzień – miesiąc – rok) dziecka, do którego odnosi się wniosek: </p>	

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że w czasie otrzymywania pomocy ze Stowarzyszenia będę osobiście sprawować opiekę nad dzieckiem, którego się obecnie spodziewam. W przypadku zmiany decyzji powiadomię o tym Stowarzyszenie w terminie do 30 dni.
2. Oświadczam, że znany jest mi Regulamin „Funduszu ochrony macierzyństwa” 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 ochrony macierzyństwa”.
2. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające pozostawanie kobiety ciężarnej pod opieką medyczną.
3. Akty urodzenia dzieci do 18 r. życia (kserokopie), oryginały do wglądu.
4. Zaświadczenia o zarobkach za ostatni rok z Urzędu Skarbowego (wydawane bezpłatnie) wszystkich osób od 18 roku życia (dzieci i rodzice), ewentualnie deklaracje PIT z potwierdzeniem wysłania do urzędu skarbowego, w przypadku uczennicy lub studentki informacja ze szkoły o kontynuacji nauki w trybie dziennym.
5. Zaświadczenie z miejskiego lub gminnego ośrodka pomocy społecznej (MOPS lub GOPS) potwierdzające bardzo trudną sytuację materialną i rodzinną. Zaświadczenie takie mogą uzyskać także osoby lub rodziny nieobjęte pomocą ośrodka.
6. Potwierdzenie samotnego wychowywania dziecka lub dzieci (dotyczy kobiet, które samotnie wychowują dzieci), może to być np. 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 GOPS albo Urzędu Miasta lub Gminy, dotycząca dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka czy alimentów z funduszu alimentacyjnego.

.....
/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 Stowarzy-

szenie obrońców Życia Człowieka z siedzibą w Krakowie, w celu umożliwienia analizy mojej sytuacji w związku z wnioskiem o pomoc finansową w ramach „Funduszu ochrony macierzyństwa”.

.....
/czytelny podpis/

/czytelny podpis/