

.....
/miejsowość, data/

**Do Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka
ul. Krowoderska 24/6
31-142 Kraków**

Wnioskuje o przyznanie mi pomocy finansowej w ramach **Funduszu „Mama nie sama”**.

Dane wnioskodawcy:

1. I IMIĘ:		2. II IMIĘ:	
3. NAZWISKO:			
4. IMIĘ OJCA:		5. IMIĘ MATKI:	
6. MIEJSCE URODZENIA:	7. DATA URODZENIA:	8. PESEL:	
15. ADRES DO KORESPONDENCJI, ULICA:		16. NR DOMU:	17. NR MIESZKANIA:
18. KOD POCZTOWY:	19. MIEJSOWOŚĆ:	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"/>

Poniżej proszę zaznaczyć i uzupełnić odpowiednie pola.

Czy rodzina otrzymuje pomoc z opieki stołecznej?	<input type="checkbox"/> – nie, <input type="checkbox"/> – tak, wysokości:
 zł netto, <input type="checkbox"/> – jednorazowo, <input type="checkbox"/> – regularnie.

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

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że w czasie otrzymywania pomocy ze Stowarzyszenia będę osobiście sprawować opiekę nad dzieckiem, z którego urodzeniem pomoc jest związana. W przypadku zmiany tego stanu powiadomię o tym Stowarzyszenie w terminie do 30 dni.
2. Oświadczam, że znany jest mi Regulamin Funduszu „Mama nie sama” i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że znana jest mi klauzula 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 ze strony internetowej www.mama-nie-sama.pro-life.pl.
2. Odpis skrócony aktu urodzenia dziecka (dzieci).
3. Opis sytuacji bytowej i dochodowej sporządzony przez Dom pomocy doraźnej.
4. Opinię Domu pomocy doraźnej wraz z opisem planu na usamodzielnienie i wykorzystanie wsparcia w ramach Funduszu oraz innych instytucji (np. MOPS).
5. Opinię na mój temat, wystawioną przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS) lub Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej (GOPS) (opcjonalnie).

.....
POTWIERDZENIE POPRAWNOŚCI DANYCH
PRZEZ DOM POMOCY DORAŻNEJ

.....
CZYTELNY PODPIS
WNIOSKODAWCZYNI

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

1. 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, zgodnie z klauzulą o przetwarzaniu danych osobowych przez Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka, dostępną pod adresem internetowym www.pro-life.pl/klauzula, w celu umożliwienia analizy mojej sytuacji w związku z wnioskiem o pomoc finansową w ramach Funduszu „Mama nie sama”.
2. Wyrażam zgodę na wzajemne przekazywanie sobie informacji o stanie materialnym i bytowym pomiędzy mną a Stowarzyszeniem, Domem pomocy doraźnej oraz (w przypadkach określonych w regulaminie) Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej (MOPS) lub Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej (GOPS).
3. Wyrażam zgodę na przedstawienie mojej historii, z zachowaniem anonimowości, w materiałach edukacyjnych Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka.

.....
CZYTELNY PODPIS
WNIOSKODAWCZYNI