



BETEGSÉGI-BALESETI TÁMOGATÁST KÉRŐ LAP

Támogatást kérő neve: Születési név:

Anyja neve: Szül. hely és idő:

Tagsági kód: Szakszervezeti tagság kezdete:

Tagcsoport megnevezése:

Területi szervezet megnevezése:.....

Támogatást kérő lakcíme:

Telefonszám: E-mail cím:

Bankszámlát vezető bank neve:

Bankszámlaszám:

Igényelt támogatás:

15 napot elérő keresőképtelenség: időtartama:-tól-ig ... nap

40 napot elérő keresőképtelenség: időtartama:-tól-ig ... nap

Csonttörés vagy csontrepedés

Baleseti kórházi napij: időtartama:-tól-ig ... nap

Csatolandó okmány:

- Orvosi igazolás vagy a humán ügyfélszolgálati iroda igazolása a tag saját betegsége miatt legalább 15 naptári napot vagy 40 naptári napot elérő keresőképtelenségéről (keresőképtelenség első napjától)
- Csonttörést vagy csontrepedést megállapító orvosi igazolás
- Baleset következtében történő fekvőbeteg ellátást igénybe vevő kórházi tartózkodás igazolása

A támogatás igénylésével hozzájárulok ahhoz, hogy a **VDSzSz Szolidaritás** az általam önként megadott személyes adataimat és egyéb iratokat (többek között az orvos által vagy a humán ügyfélszolgálati iroda által kiállított keresőképtelenségről szóló igazolás) a támogatás folyósításához, illetve az ehhez szükséges adatkezelés céljából nyilvántartsa és kezelje.

A nyilvántartott adatokat a **VDSzSz Szolidaritás** az Alapszabályában meghatározott célok megvalósítása során használhatja fel.

Kérem, hogy részemre a csatolt okmányok alapján **Támogatást** folyósítani szíveskedjenek, mivel a betegségem, balesetem és a keresőképtelenségem miatt alacsonyabb jövedelemmel rendelkezek és a betegségem, balesetem miatt keletkezett kiadásaim következtében a családnk nehezebb anyagi helyzetbe került.

Kelt:

kérelmező aláírása