

## TÁMOGATÁSI KÉRELEM

Név: ..... születési név: .....  
 szül.hely, idő: ..... anyja neve: .....  
 lakcím: ..... adóazonosító jel: .....  
 munkahely megnevezése: .....

azzal a kéréssel fordulok az Alapítvány a Vasutasokért alapítványhoz, hogy ..... (saját/házastársam/gyermekem) nevű, súlyos betegségben szenvedő részére/után egyszeri támogatásként szociális segélyt biztosítson, mivel a betegség következtében nehéz anyagi, szociális helyzetbe kerültünk, és a támogatás nagyban hozzájárulhat a gyógyulás elősegítéséhez.

### BETEG ADATAI

Név: ..... születési név: .....  
 szül.hely, idő: ..... anyja neve: .....  
 lakcím: ..... adóazonosító jel: .....  
 Amennyiben nem a kérelmező a betegségben szenvedő, a kérelmező és a beteg családi viszonyának megjelölése (aláhúzással): kérelmező házastársa - kérelmező gyermeke

### A HÁZTARTÁS JÖVEDELME ÉS VAGYONI HELYZETE

A háztartás havi nettó jövedelme összesen: ..... Ft.  
 Munkabér: ..... Ft, családi pótlék: ..... Ft, GYES/GYED: ..... Ft,  
 gyermektartásdíj: ..... Ft, ápolási segély: ..... Ft, Szociális támogatás: ..... Ft,  
 egyéb jövedelem: .....  
 Eltartottak száma: ..... fő, egy főre jutó havi nettó jövedelem: ..... Ft/fő.  
 Számlavezető bank neve: .....  
 Bankszámla tulajdonos neve: .....  
 Bankszámlaszám: .....

Alulírott, mint támogatást kérelmező kijelentem, hogy a betegség miatt családuink létfenntartása oly mértékben veszélyeztetett, hogy azt a vagyoni viszonyainkra is tekintettel, csak külső segítséggel vagyunk képesek biztosítani.

Kelt, ....., ..... év, ..... hó, ..... nap.

.....  
 kérelmező

**Alapítvány a Vasutasokért**

1146 Budapest  
Thököly út 172.

2.sz. melléklet

**ORVOSI IGAZOLÁS**

Beteg neve: ..... születési név: .....

szül.hely, idő: ..... anyja neve: .....

lakcím: .....

Kezelő kórház neve: .....

Kezelő orvos neve: .....

Súlyos betegség megnevezése: .....

A betegség diagnosztizálásának időpontja: .....

A betegség kódja: .....

A kezelés jellege:  Aktív kezelés             Fenntartó kezelés             Nem áll kezelés alatt

Én, ..... (kezelőorvos neve) igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, a beteg alapítványi támogatását javaslom.

Dátum: .....

Aláírás: .....

orvosi pecsét:

## HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Alulírott, ..... (név) ..... (szül.név)  
szül.hely, idő: ..... anyja neve: .....  
lakcím: ..... adóazonosító jel: .....

a támogatás igénylésével hozzájárulok ahhoz, hogy az *Alapítvány a Vasutasokért* az általam önként megadott személyes adataimat, házastársam/gyermekem adatait és egyéb iratokat ( többek között: bankszámlaszám, saját/házastárs/gyermek személyes adatai, kórházi zárójelentés, orvosi igazolás, kereseti adatok, jövedelmi helyzet) a támogatás folyósításához, illetve az ehhez szükséges adatkezelés céljából nyilvántartsa és kezelje.

Engedélyezem továbbá, hogy az Alapítvány alapítója a VDSzSz Szolidaritás az elektronikus felületein, többek között a honlapján, hivatalos facebook oldalán, a MiÚjság nyomtatott sajtójában és egyéb, az Alapítvány megismerését és támogatását szolgáló elektronikus és nyomtatott kiadványaiban a támogatottak között a nevemet feltüntesse.

A nyilvántartott adatokat az *Alapítvány a Vasutasokért* az Alapító Okiratában meghatározott célok megvalósítása során használhatja fel.

Kelt, ....., ..... év, ..... hó, ..... nap.

.....

aláírás