

Do załącznika nr 2 Regulaminu – Wniosek o udzielenie pomocy dla Pracowników i Członków rodziny w trudnej sytuacji życiowej, w związku z wojną w Ukrainie

Dane Wnioskodawcy	
Nazwisko i imię	
Adres	
PESEL (w przypadku braku: rodzaj i numer dokumentu tożsamości)	
Podmiot zatrudniający (z Grupy LUX MED)	
Telefon kontaktowy* (w celu usprawnienia kontaktu)	
Adres e-mail	

WNIOSEK

o udzielenie pomocy przez Fundację LUX MED im. dr Joanny Perkowicz

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie pomocy z powodu trudnej sytuacji życiowej w związku z wojną w Ukrainie.

Forma wnioskowanej pomocy (zaznaczyć właściwe):

- A. Jednorazowa pomoc finansowa na usamodzielnienie się w kwocie 1500 zł dla każdego Członka rodziny
- B. pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych – pokrycie kosztów najmu mieszkania Pracownika na okres do 3 miesięcy w kwocie 6 000 zł (3-miesięczny czynsz)
- C. Jednorazowy zwrot kosztów poniesionych przez Pracownika na utrzymanie rodziny w Ukrainie w kwocie 1500 zł

Wymagane dokumenty:

- Pkt A-B (w każdym przypadku): skan dokumentu potwierdzającego przekroczenie granicy po wybuchu działań zbrojnych w Ukrainie (jeżeli Pracownik go posiada), formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisany przez wszystkie pełnoletnie osoby wskazane we wniosku;
- Pkt B (pokrycie kosztów najmu): skany dokumentów potwierdzających wysokość zapłaconego czynszu (potwierdzenie przelewu);
- Pkt C (zwrot kosztów na utrzymanie rodziny w Ukrainie): skany dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów (np. paragony, faktury);

Lista Członków rodziny objętych wnioskiem (wraz z ich podpisami lub podpisami rodziców):

Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa	Numer konta do przekazania pomocy	Miejsce na podpis

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania pomocy społecznej przez Fundację LUX MED im. dr Joanny Perkowicz i akceptuję jego treść;
- jestem w trudnej sytuacji życiowej w związku z wojną w Ukrainie;
- spełniam kryteria (oraz wszyscy Członkowie rodziny, którzy są objęci wnioskiem) wskazane w Regulaminie udzielania pomocy społecznej przez Fundację LUX MED im. dr Joanny Perkowicz, w tym w szczególności w pkt 2.1 Załącznika nr 2;
- Członkowie rodziny objęci wnioskiem spełniają kryteria pokrewieństwa/powinowactwa wskazane w pkt 1.7 Załącznika nr 2 do Regulaminu udzielania pomocy społecznej przez Fundację LUX MED im. dr Joanny Perkowicz;
- informacje zawarte w niniejszym wniosku są w pełni zgodne z prawdą i jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych danych skutkować będzie odpowiedzialnością karną z art. 286 § 1 Kodeksu karnego, stanowiącego: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

Podpis wnioskodawcy

tę część wypełnia Zarząd Fundacji LUX MED

Decyzja:

- Wniosek rozpatrzony w całości pozytywnie
- Wniosek rozpatrzony w całości negatywnie
- Wniosek rozpatrzony w części pozytywnie: _____

Zarząd Fundacji:

Dorota Sawicz

Barbara Gad-Karpierz

Administratorem Twoich danych osobowych jest Fundacja LUX MED im. dr Joanny Perkowicz z siedzibą w Warszawie (02-676) ul. Postępu 21C (dalej jako „Fundacja”). Twoje dane zawarte we wniosku przetwarzane są związku ze zgłoszeniem w zakresie chęci objęcia przez Fundację pomocą społeczną dla Pracowników i Członków rodziny w trudnej sytuacji życiowej, w związku z wojną w Ukrainie. Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego wraz z informacją o przysługujących Ci prawach, została dołączona do formularza zgody a także dostępna jest na stronie internetowej LUX MED w zakładce Fundacja.