

do regulaminu zasad funkcjonowania oraz warunków korzystania z funduszu przeznaczonego na pomoc dla poszkodowanych funkcjonariuszy i pracowników Państwowej Straży Pożarnej oraz członków ich rodzin

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko uprawnionego do ubiegania się o pomoc)

.....
(macierzysta jednostka organizacyjna PSP)

.....
(organizacja związkowa¹)

.....
(numer telefonu osoby składającej wniosek)

**KOMISJA
ZARZĄDZAJĄCA FUNDUSZEM
POMOCY POSZKODOWANYM
FUNKCJONARIUSZOM
I PRACOWNIKOM PSP ORAZ
CZŁONKOM ICH RODZIN**

**ul. Podchorążych 38
00-463 Warszawa**

WNIOSK

o przyznanie pomocy z funduszu dla poszkodowanych funkcjonariuszy i pracowników Państwowej Straży Pożarnej oraz członków ich rodzin.

1. Proszę o udzielenie pomocy finansowej z tytułu:

- * leczenia i rehabilitacji nie objętymi refundacją kosztów przez Narodowy Funduszu Zdrowia i inne podmioty;
- * leczenia wysokopłatnego w przypadku nie pokrywania w pełnej wysokości kosztów przez Narodowy Funduszu Zdrowia i inne podmioty;
- * zakupu leków specjalistycznych, protez, sprzętu rehabilitacyjnego, innych materiałów i środków sanitarnych, w przypadku nie pokrywania kosztów przez Narodowy Funduszu Zdrowia i inne podmioty, a będących koniecznymi dla życia i zdrowia poszkodowanego;
- * przypadków szczególnych, wynikających z utraty zdrowia, a nieprzewidzianych w wyżej wymienionych tytułach.

* właściwy tytuł podkreślić

Szczegółowe uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹ Wypełnia się w przypadku, gdy wnioskodawcą jest organizacja związkowa

.....

.....
 / pieczęć wnioskodawcy z adresem²/

.....
 / podpis i pieczęć wnioskodawcy³/

2. Dane dotyczące osoby uprawnionej i członków jej rodziny /wypełnia osoba uprawniona do ubiegania się o pomoc/:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodzenia	Miejsce pracy lub nauki	Dochody brutto z tytułu pracy zarobkowej lub inne dochody (z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku)
		osoba uprawniona			

Łączny dochód rodziny (brutto):

Wysokość dochodu brutto na jedną osobę (miesięcznie):

Wysokość poniesionych** lub przewidywanych** wydatków własnych:

- leki i materiały sanitarne
- sprzęt rehabilitacyjny

² Dotyczy jednostki organizacyjnej PSP lub organizacji związkowej, występującej z wnioskiem

³ Dotyczy komendanta jednostki organizacyjnej PSP lub przewodniczącego organizacji związkowej, występujących jako wnioskodawcy

- leczenie i rehabilitację
- inne

Wysokość poniesionych** lub przewidywanych** wydatków pokrywanych przez NFZ i inne podmioty:

- leki i materiały sanitarne
- sprzęt rehabilitacyjny
- leczenie i rehabilitację
- inne

Pomoc finansowa otrzymana wcześniej (od kogo, kiedy i w jakiej wysokości)

.....

.....

Przedkładam następujące dokumenty**:

- 1/ karta informacyjna leczenia
 - 2/ orzeczenie komisji lekarskiej
 - 3/ zaświadczenie lekarskie
 - 4/ skierowanie na specjalistyczne leczenie i rehabilitację
 - 5/ dowody potwierdzające ponoszone koszty (faktury, paragony, faktura pro-forma)
 - 6/ protokół powypadkowy
 - 7/ zaświadczenie o dochodach współmałżonka
 - 8/ inne dokumenty:
-

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

..... dnia r.

/ miejscowość /

.....
/ podpis osoby uprawnionej
do ubiegania się o pomoc /

** niepotrzebne skreślić

3. Dane dotyczące osoby uprawnionej do otrzymania pomocy z funduszu /wypełnia jednostka organizacyjna PSP/.

stopień imię i nazwisko

adres zamieszkania osoby uprawnionej

.....
/ kod, ulica, miejscowość /

numer telefonu osoby uprawnionej

uposażenie (wynagrodzenie) brutto osoby uprawnionej.....

data przyjęcia do służby (pracy) /data zwolnienia (emeryt)

nazwa jednostki organizacyjnej PSP

adres jednostki organizacyjnej PSP.....
/ kod, ulica, miejscowość /

numer telefonu jednostki organizacyjnej PSP

konto bankowe jednostki organizacyjnej PSP, na które może być przekazana zapomoga

.....

.....
/ podpis i pieczęć osoby upoważnionej z jednostki organizacyjnej PSP /

**KOMISJA ZARZĄDZAJĄCA FUNDUSZEM
POMOCY DLA POSZKODOWANYCH
FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW PSP
ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN**
ul. Podchorążych 38
00-463 Warszawa

Decyzja Komisji

do wniosku Nr z dnia

.....

/ imię i nazwisko osoby uprawnionej do otrzymania pomocy /

Komisja przyznaje**– nie przyznaje** pomoc finansową w wysokościzł
(słownie złotych:)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi :

.....
.....
.....

....., dnia
/ miejscowość /

Podpisy członków komisji :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

** niepotrzebne skreślić