

„ALAPÍTVÁNY A KERESKEDELMI DOLGOZÓKÉRT”

1068 Budapest, Városligeti fasor 46-48.

PÁLYÁZAT ALAPÍTVÁNYI TÁMOGATÁSRA

Munkavégzés során a kereskedelem érdekeit/értékeit védve ért egészségkárosodás vagy elszenvedett pszichés károsodás esetén, a kereskedelemben végzett munka következtében szerzett foglalkozási megbetegedésből adódó munkaképesség-csökkenés bekövetkezése miatt.

NEVE: SZÜLETÉSI NEVE:

SZÜL.HELY/IDŐ:, év.....hónap

ANYJA NEVE:

LAKCÍM: irányítószám város/község,
..... út/utca/tér házszám

MUNKAKÖRE:

MUNKÁLTATÓ NEVE:

KÖZVETLEN MUNKAHELY/TELEPHELY CÍME:

SZAKSZERVEZETI TAGSÁG KELTE:

A KÉRELMEZŐ BANKSZÁMLASZÁMA (kifizetéshez):

Az egészség károsodás vagy foglalkozási megbetegedés rövid leírása, kérelem indoklása:

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

A károsodás jellege: (a megfelelő válasz aláhúzendó)

fizikai:

- 8 napon túl gyógyuló
- 20 napon túli keresőképtelenséggel járó - maradandó egészségkárosodáshoz, - megváltozott munkaképességhez, - bekövetkezett halálhoz vezető eset

pszichés:

- 8 napon túl gyógyuló
- 20 napon túli keresőképtelenséggel járó eset

Bekövetkezésének dátuma:

A KÉRELEMHEZ CSATOLANDÓK:

- a baleseti jegyzőkönyv **másolata**
- a táppénzes lap v. kórházi igazolás **másolata**
- ha van: - a rendőrségi jegyzőkönyv **másolata**
- orvosi igazolás az egészségkárosodás fokáról

Dátum:

A támogatási kérelmet a csatolt igazolásokkal együtt (orvosi papírok, táppénzes lap, felvett jegyzőkönyv másolatai) az eset bekövetkezését, vagy a sértett felgyógyulását követő 3 hónapon belül kell az Alapítványhoz e-mailben (keralapitvany@gmail.com) vagy postán (Alapítvány a Kereskedelmi Dolgozókért, 1068 Budapest, Városligeti fasor 46-48.) eljuttatni.

Kijelentem, hogy az „Alapítvány a Kereskedelmi Dolgozókért” honlapján elérhető Adatvédelmi és adatkezelési tájékoztatót megismertem, tudomásul vettem és hozzájárulok ahhoz, hogy az általam megadott adatokat az alapítvány Kuratóriuma a megfelelő törvényi adatbiztonsági garanciák mellett kezelje és tárolja.

.....
A kérelmező aláírása

.....
A szakszervezeti alapszervezet vagy a munkáltató aláírása
P.H.