

**K É R E L E M**  
**betegségi, illetve egyéb egészségügyi segély igényléséhez**  
**(a KKSZ tagja esetén)**

Alulírott

Név: .....

Születési név: .....

Születési hely és idő: .....

Anyja neve: .....

Lakcíme: .....

Adóazonosító jele: .....

Munkáltatójának és munkavégzési helyének megnevezése: .....

Munkaviszonyának kezdete jelenlegi munkahelyén: .....

Jelenlegi munkaköre: .....

KKSZ szakszervezeti tagság kezdete: .....

A kérelmezővel egy háztartásban élők száma: ....., ebből a 16. életévet be nem töltött  
gyermek száma: .....

A kérelmező táppénz alatti havi nettó jövedelme: ..... Ft (a munkáltató igazolása alapján);

A kérelmező házastársának/élettársának havi nettó jövedelme: ..... Ft

Táppénz kezdete: ..... Táppénz vége: .....

Kérelmem indokaként az alábbiakat adom elő *(rövid, a szociális részorultságot alátámasztó tények felsorolása.)*

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

Kérelmemhez az alábbi iratokat csatolom:

1./ .....

2./ .....

3./ .....

4./ .....

5./ .....

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a segélyt az Alapítvány Alapító Okiratában, illetőleg a Segélyezési Szabályzatában foglaltak megsértésével igényeltem, az általam felvett segélyt, és annak kamatát, köteles vagyok az erre vonatkozó felszólítást követően, haladéktalanul visszafizetni.

Kérem, hogy a részemre megállapított segélyt a ..... Banknál vezetett ..... számú számlámra szíveskedjenek utalni.

Jelen nyomtatvány kitöltésével és aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az Alapítvány Kuratóriuma, az általam igényelt segély megállapításához és folyósításához szükséges személyes adatokat, a vonatkozó jogszabályok szerint kezelje.

**Kelt:** ....., ..... év..... hónap .... nap.

.....

**Igénylő aláírása**

**Záradék:**

A KKSZ ..... Alapszervezetének képviselőjében igazolom, hogy

- a) a kérelmező kérelmében feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek,
- b) a kérelmező tagja a KKSZ-nek és a tagdíja rendezett.

**Kelt:** ....., ..... év..... hónap .... nap.

.....

**a KKSZ Alapszervezet képviselőjének aláírása**

**K É R E L E M**  
**betegségi, illetve egyéb egészségügyi segély igényléséhez**  
**(nem KKSZ tag esetén)**

Alulírott

Név: .....

Születési név: .....

Születési hely és idő: .....

Anyja neve: .....

Lakcíme: .....

Adóazonosító jele: .....

Munkáltatójának és munkavégzési helyének megnevezése: .....

Munkaviszonyának kezdete jelenlegi munkahelyén: .....

Jelenlegi munkaköre: .....

A kérelmezővel egy háztartásban élők száma: ....., ebből a 16 életévet be nem töltött  
gyermek száma: .....

A kérelmező havi nettó jövedelme: ..... Ft (a munkáltató igazolása alapján);

A kérelmező házastársának/élettársának havi nettó jövedelme: ..... Ft

Táppénz kezdete: ..... Táppénz vége: .....

Kérelmem indokaként az alábbiakat adom elő *(rövid, a szociális részorultságot alátámasztó tények felsorolása.)*

.....

.....

.....

.....

.....

Kérelmemhez az alábbi iratokat csatolom:

1./ .....

2./ .....

3./ .....

4./ .....

5./ .....

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a segélyt az Alapítvány Alapító Okiratában, illetőleg a Segélyezési Szabályzatában foglaltak megsértésével igényeltem, az általam felvett segélyt, és annak kamatát, köteles vagyok az erre vonatkozó felszólítást követően, haladéktalanul visszafizetni.

Kérem, hogy a részemre megállapított segélyt a .....Banknál vezetett .....számú számlámra szíveskedjenek utalni.

Jelen nyomtatvány kitöltésével és aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az Alapítvány Kuratóriuma, az általam igényelt segély megállapításához és folyósításához szükséges személyes adatokat, a vonatkozó jogszabályok szerint kezelje.

**Kelt:** ....., ..... év..... hónap .... nap.

.....  
**Igénylő aláírása**

**Záradék:**

**Alulírottak, mint tanúk igazoljuk, hogy a (név) ..... adatai a valóságnak megfelelnek, és előttünk, a kérelmen lévő aláírását saját kezű aláírásának ismerte el.**

**1./Név:** .....

**2./Név:** .....

**Aláírás:** .....

**Aláírás:** .....

**Lakcím:** .....

**Lakcím:** .....