**Załącznik nr 2**   
 do Regulaminu Komisji ds. OPP

……………………….……………, dnia……………………………..

……………………………………...……………………………………

/imię i nazwisko członka SE i RP ( emeryta lub rencisty policyjnego)

albo nazwa Koła SE i RP/

……………………………………..…………………………………….

/przynależność do Koła SE i RP w przypadku wnioskodawcy

indywidualnego/

…………………………..……………………………………………….

……………………..…………………………………………………….   
  
……………………………..…………………………………………….

/adres zamieszkania, nr telefonu , adres mailowy, PESEL.  
 w przypadku wnioskodawcy indywidualnego/

……………………………..…………………………………………….

/ numer emerytury lub renty oraz właściwy urząd skarbowy/

……………………………..…………………………………………….

/numer konta bankowego/

**PREZYDIUM ZARZĄDU GŁÓWNEGO**

**STOWARZYSZENIA EMERYTÓW**

**I RENCISTÓW POLICYJNYCH**

**w W A R S Z A W I E**

**W N I O S E K**

**o przyznanie pomocy finansowej ze środków pochodzących z 1 % podatku dochodowego od osób fizycznych.**

**Proszę o udzielenie pomocy finansowej w związku z: \* (**właściwe podkreślić**)**

1. trudną sytuacją życiową;
2. skutkami katastrof i klęsk żywiołowych;
3. działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych;
4. promocją i ochroną zdrowia;
5. działalnością na rzecz kultury, integracji europejskiej oraz rozwijania kontaktów i współpracy między społeczeństwami.

**Treść i uzasadnienie złożonego wniosku:\*……………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**\* w razie potrzeby można uzasadnienie rozszerzyć na dodatkowym dokumencie**

**a**/ Dochód wnioskodawcy /miesięczny, netto/ **……………………………………………………….**

\***b**/ Dochód współmałżonka/miesięczny, netto/ **………………………………………………………**

\***c**/ Wspólny dochód /miesięczny netto/**………………………………………………………………….**

**d**/ Średni dochód na osobę /miesięczny, netto/**……………………………………………………….**

**Przy gospodarstwach 1-osobowych poz. b – c wpisać „nie dotyczy”**

Osoby pozostające **na wyłącznym utrzymaniu** wnioskodawcy:

Imię i nazwisko Wiek Stopień pokrewieństwa

**…………………………………………………..… ……………………… ………………………………………..**

**…………………………………………………….. ……………………… ………………………………………..**

**…………………………………………………….. ……………………… ………………………………………..**

**Załączniki:**

**1. …………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………… (\*)** potwierdzenie wysokości dochodu **/kompletna kopia rocznego rozliczenia PIT/**   
wnioskodawcy i osób prowadzących z wnioskodawcą wspólne gospodarstwo domowe

**2**…………………………………………………………………………………….….

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

**(\*)** urzędowe **potwierdzenie skutków** klęski żywiołowej /katastrofy/,

**3.……………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………  
(\*)** udokumentowanie **kosztów organizacji** imprezy/szkolenia/- faktury, paragony fiskalne, rachunki itp.

**4.……………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**(\*)** **inne dochody** w tym: pomoc finansowa z komisji socjalnej KWP, odszkodowania z firm ubezpieczeniowych, dotacje z NFOZ ( kiedy, jakie i w jakiej wysokości )  
  
**(\*) UWAGA! odpowiedzi są obowiązkowe** a odpowiedź negatywną opisać:  
„nie dotyczy”, „nie otrzymał” itp.

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

Wyrażam jednocześnie zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych i przedłożonych przeze mnie dokumentów oraz informacji w procedurze rozpatrywania złożonego wniosku o przyznanie świadczenia zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady EU 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnym przepływie takich danych oraz uchyleniem dyrektywy 95/46/WE {ogólne rozporządzenie o ochronie danych}.Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawienia lub usunięcia. Wyrażam zgodę na informowanie mnie o treści decyzji, na wskazany przeze mnie we wniosku adres do korespondencji, adres e-mailowy i telefon. Administratorem danych jest Zarząd Główny SEiRP z siedzibą w Warszawie ul. Domaniewska 36/38.

**………………………………………………….** **………………………………………………………….****/**miejscowość, data **/ /podpis wnioskodawcy/**

**II. Opinia Zarządu Koła wnioskodawcy**

**…………………………………………………………….………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………….……………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………….……**

**……………………………………………………………………………………………………….……………………**

**…………………………..,** dnia **……………………… Za Zarząd Koła**

**III. Opinia Zespołu Wojewódzkiego/Okręgowego OPP i proponowany sposób rozpatrzenia wniosku wnioskodawcy indywidualnego lub Koła:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Podpisy   
 członków Zespołu Wojewódzkiego/Okręgowego**

**…………………………………………………**

**………………………………………………… Podpis Prezesa ZOW/ZOO**

**…………………………………………… …..**

**……………………………..** dnia **……………..**

**IV. Opinia Komisji ds. Organizacji Pożytku Publicznego Zarządu Głównego podjęta na posiedzeniu w dniu. …………………………………………..…………………………….…**

**………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………….**

**……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….**

**…………………….………………………………………………………………………………………………………………………….……………**

**…………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….**

**………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….**

**……….………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………**

**……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….**

Sugerowana wysokość pomocy **…………………….,** słownie: **…………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………....**

**Podpisy członków Komisji:**

**…………………………………………………………**

**…………………………………………………………**

**…………………………………………………………**

**……………………………………………....…………**

**…………………………………………………………**

**V. Decyzja Prezydium ZG SE i RP /lub uchwała ZG/**

**Przyznano pomoc** finansową w wysokości: **…………………………………………………………**

/słownie złotych/ **…………………………………………………………………………………………………….**

**Nie przyznano pomocy** finansowej z uwagi na: **................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................**

**………………………………………………., dnia ……………………………….**

**………………………………………………………………………………………**

podpis i pieczątka Prezesa ZG /osoby upoważnionej/