

ARKUSZ - OPINIA

w sprawie celowej pomocy finansowej ze środków
FUNDACJI POMOCY EMERYTOM I RENCISTOM WOJSKOWYM

1. Stopień, nazwisko i imię zwracającego się o pomoc
2. Data urodzenia
3. Kod pocztowy i adres zamieszkania, nr telefonu
- 3 a. Nr konta bankowego
4. Stopień, nazwisko i imię oraz data zgonu zmarłego żołnierza zawodowego (dotyczy wdów i sierot po Zmarłych żołnierzach)
5. Data przejścia na emeryturę (rentę), numer grupy inwalidzkiej, numer ewid. WBE, emerytury, renty inwalidzkiej, renty rodzinnej
6. Wysokość emerytury (renty) - netto
7. Stan rodzinny, liczba osób na wyłącznym utrzymaniu z emerytury (renty)
8. Czy pobiera wynagrodzenie z tytułu wykonywanej aktualnie pracy (w jakiej wysokości):
a/ zainteresowany
- b/ członkowie rodziny (pozostający na wyłącznym utrzymaniu)
9. Średni dochód netto na członka rodziny pozostającego na utrzymaniu ubiegającego się o pomoc
10. Aktualny stan zdrowia
11. Cele (przeznaczenie) pomocy
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z działalnością Fundacji Pomocy Emerytom i Rencistom Wojskowym. Postaw X.

13. Czy korzysta (korzystał) z pomocy materialnej z innych źródeł, w tym z socjalnej pomocy udzielanej przez Wojskowe Biuro Emerytalne. (Kiedy, w jakiej formie?)

.....
.....

14. Uzasadnienie Komisji Socjalno – Bytowej Koła ZZWP (z uwzględnieniem wniosków z wywiadu środowiskowego) - potwierdzone podpisami członków komisji i prezesa koła. Data.

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

15. Stanowisko Komisji Socjalno – Bytowej Zarządu Wojewódzkiego ZZWP oraz pełnomocnika Fundacji przy ZW ZZWP - potwierdzone podpisami przewodniczącego komisji, prezesa Zarządu i pełnomocnika Fundacji. Data.

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

16. Decyzja Zarządu Fundacji

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

Objaśnienie:-Punkty od 1 do 13 wypełnia zainteresowany lub komisja socjalno-zdrowotna.