**Wniosek o wypłatę pomocową z Funduszu prowadzenia działalności o charakterze socjalnym, kulturalnym i edukacyjnym**

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………….……………………………..………..……..……….................

2. Data urodzenia ……………………………………………………….……………………………..………..……..……….................

3. PESEL …………….………………………………………………..……………………………………………………….……………………..

4. Adres korespondencyjny …………………………………………………………………………………………………………………

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

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

5. Numer telefonu kontaktowego ………………………………………………………………………………………………………

6. Adres e-mail …………………………………………………………………………………………………………………………………..

7. Informacja o sytuacji materialnej wraz z uzasadnieniem przyznania pomocy socjalnej

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Informacja o przychodach uzyskanych w okresie ostatnich 12 miesięcy

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

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

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

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

9. Załączniki (jeśli wniosek dotyczy choroby bądź zdarzenia losowego):

a) dokumentacja medyczna (np. kopia zaświadczenia lekarskiego)

b) kopia dokumentu potwierdzającego zaistnienie zdarzenia losowego (np. zaświadczenie z policji, straży pożarnej, wniosek do ubezpieczyciela)

.

Oświadczam, że zapoznałem się z [Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych uprawnionych](http://new.sawp.pl/wp-content/uploads/2020/05/Klauzula-informacyjna-o-przetwarzaniu-danych-osobowych-uprawnionych.pdf), zamieszczoną na stronie www.sawp.pl

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Podpis Wnioskodawcy