



BETEGSÉGI-KERESŐKÉPTELENSÉGI TÁMOGATÁST KÉRŐ LAP

2022.06.15. után kezdődő 15 napot elérő keresőképtelenség esetén

2022.07.31. után kezdődő 40 napot elérő keresőképtelenség esetén

Támogatást kérő neve: Születési név:

Anyja neve: Szül. hely és idő:

Tagsági kód: Szakszervezeti tagság kezdete:

Tagcsoport megnevezése:

Területi szervezet megnevezése:.....

Támogatást kérő lakcíme:

Telefonszám: E-mail cím:

Keresőképtelenség időtartama:-tól-ig

Bankszámlát vezető bank neve:

Bankszámlaszám:

Csatolandó okmány:

- Orvosi igazolás vagy a humán ügyfélszolgálati iroda igazolása a tag saját betegsége miatt legalább 15 naptári napot vagy 40 naptári napot elérő keresőképtelenségéről (keresőképtelenség első napjától)
- 40 napot elérő támogatás igénylésének feltétele a keresőképtelenség kód megjelölése, amelyek esetén megállapítható a jogosultság: 6 terhesség-szülés, 8 egyéb keresőképtelenség, 9 veszélyeztetett terhesség

A támogatás igénylésével hozzájárulok ahhoz, hogy a **VDSzSz Szolidaritás** az általam önként megadott személyes adataimat és egyéb iratokat (többek között az orvos által vagy a humán ügyfélszolgálati iroda által kiállított keresőképtelenségről szóló igazolás) a támogatás folyósításához, illetve az ehhez szükséges adatkezelés céljából nyilvántartsa és kezelje.

A nyilvántartott adatokat a **VDSzSz Szolidaritás** az Alapszabályában meghatározott célok megvalósítása során használhatja fel.

Kérem, hogy részemre a csatolt okmányok alapján **Támogatást** folyósítani szíveskedjenek, mivel a betegségem és a keresőképtelenségem miatt alacsonyabb jövedelemmel rendelkezek és a betegségem miatt keletkezett kiadásaim következtében a családuk nehezebb anyagi helyzetbe került.

Kelt:

.....

kérelmező aláírása