

WNIOSEK O PRYZYNIANIE ZAPOMOGI LOSOWEJ

1. Nazwisko

2.Imię

[illegible]

3. Data urodzenia: (DD-MM-RRRR)

[illegible]

4. Numer prawa wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--

4a. Numer PESEL

[illegible]

5. Kod pocztowy:

6.. Miejscowość:

| | | | | | | | | | | | | | |

7. Ulica:

A horizontal number line with 21 evenly spaced tick marks, labeled from 1 to 21.

8. Numer domu:

9. Numer mieszkania:

10. Telefon:

11. Nazwa zakładu pracy

12. Kod pocztowy:

13. Miejscowość:

[illegible]

14. Ulica:

15. Numer domu:

16. Telefon:

0								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

17. Data zatrudnienia(DD-MM-RR):

--	--

 -

--	--

 -

--	--

18. Stanowisko :

Wypełnia Komisja Socjalna:

1. Decyzja Komisji Socjalnej z dnia _____ o **przyznaniu** zapomogi losowej / podarunku emerytalnego w wysokości: _____,00 zł.
słownie: _____

2. Decyzja Komisji Socjalnej z dnia: _____ o **nieprzyznaniu** zapomogi losowej/
podarunku emerytalnego.

Uzasadnienie: _____

3. Komisja Socjalna w dniu _____ kieruje wniosek do rozpatrzenia przez
Prezydium/DORPiP we Wrocławiu.

Podpisy członków Komisji Socjalnej:

Podpis Przewodniczącej Komisji:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Załączniki:

- a) **Załącznik nr 1 - zaświadczenie**
- b) **Załącznik nr 2 - Podanie o dokonanie przelewu pieniędzy na rachunek bankowy**
- c) **Załącznik nr 3 - Informacja podatkowa**

☐ **Akceptuję Regulamin przyznawania pomocy finansowej dla członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.**

Administrator danych osobowych: Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław, e-mail: info@doipip.wroc.pl.

Cel i podstawa przetwarzania danych: rozpatrzenie wniosku o zapomogę losową [art. 6 ust. 1 lit. c RODO*, w związku z art. 4 ust. 2 pkt 15 oraz art. 11 ust. 2 pkt 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych] oraz — w zakresie danych dotyczących zdrowia — [art. 9 ust. 2 lit. d RODO]. W przypadku aktualizacji danych w centralnym rejestrze pielęgniarek i położnych [art. 5 ust 1 lit. d RODO].

Inspektor Ochrony Danych: kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pomocą adresu e-mail: iod@doipip.wroc.pl oraz w biurze DOIPiP.

Kluczowe informacje (odbiorcy, okres przechowywania, prawa, skarga do PUODO, obowiązek podania danych) znajdują się w [§9 Regulaminu], dostępnym w biurze Izby i na www.doipip.wroc.pl. Dane nie są przekazywane poza EOG ani przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Wymagane załączniki do wniosku o zapomogę losową:

- 1) w przypadku członków DOIPiP we Wrocławiu będących emerytami lub rencistami - kserokopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie emerytury/renty.
- 2) zaświadczenie o płaceniu składek na rzecz Izby potwierdzone przez zakład pracy lub kserokopię dowodu wpłaty w przypadku indywidualnego opłacania składek członkowskich,
- 3) kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających zaistnienie zdarzenia uprawniającego do otrzymania zapomogi losowej (np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, zaświadczenie o stanie zdrowia, potwierdzenie faktu kradzieży, protokół wyceny strat, odpis aktu stanu cywilnego, prawomocne orzeczenie przysposobienia, itp.). Za aktualne uznaje się dokumenty wydane do 12 miesięcy od daty ich wystąpienia.
- 4) celem udokumentowania poniesionych kosztów rehabilitacji/fizykoterapii należy przedłożyć imienną fakturę lub rachunek wystawiony **wyłącznie przez podmiot leczniczy** udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji i fizykoterapii, obejmującą koszty zabiegów, fizykoterapii – paragony oraz rachunki i faktury wystawione przez podmioty inne, niż podmioty lecznicze nie będą uwzględniane. Zwrot kosztów rehabilitacji nie obejmuje kosztów niezwiązanych z zabiegami np. koszty pobytu, turnusu, zakwaterowania, przejazdu, wyżywienia, dojazdu, itp. Za aktualne uznaje się dokumenty wydane do 12 miesięcy od daty ich wystawienia.
- 5) w przypadku zapomogi z tytułu urodzenia lub przysposobienia dziecka, korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych, fizjoterapii, konieczne jest dołączenie wypełnionej informacji podatkowej.
- 6) w przypadku osób korzystających ze zwolnień w opłacaniu składki na podstawie uchwały nr 18 i nr 22 z 20 stycznia 2016 r. VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w okresie przed 31 marca 2025 r., wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia dokumentów potwierdzających uprawnienie.

Członkowie DOIPiP we Wrocławiu będący emerytami lub rencistami, którzy nie zaprzestali wykonywania zawodu i nie złożyli oryginału prawa wykonywania zawodu, zgodnie z zapisami uchwały nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, od 1 kwietnia 2025 r. mają obowiązek opłacania składek stosownie do powyższych regulacji.

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO)

ZAŚWIADCZENIE

Pani/Pan _____

opłaca regularnie składkę członkowską na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych we Wrocławiu od: _____ do: _____

/pieczętka zakładu pracy członka DOIPiP

/pieczętka i podpis osoby upoważnionej/

/miejscowość, data/

PODANIE O DOKONANIE PRZELEWU PIENIĘDZY NA RACHUNEK BANKOWY

.....
Imię i Nazwisko

.....
(miejscowość , data)

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel.....

Zwracam się z prośbą o przekazanie przyznanej mi kwoty zapomogi / podarunku emerytalnego /
refundacji/* na rachunek bankowy:

.....
Nazwa banku

.....
Numer rachunku

.....
Czytelny podpis

*** niepotrzebne skreślić**

INFORMACJA PODATKOWA

Nazwisko.....

Imiona: 1.....2.....

Imię ojca:.....Imię matki:.....

Miejsce urodzenia:data urodzenia:

(dzień, miesiąc, rok)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nr PESEL)

Miejsce zamieszkania:

Województwo.....Gmina/Dzielnica.....

Ulica.....Nr domu.....Nr mieszkania.....

Miejscowość.....Kod pocztowy __ - ____

Poczt.....Powiat.....

Adres Urzędu Skarbowego.....

Uwaga! O wszystkich zmianach powiadomię DOIPiP we Wrocławiu.

Data.....Podpis.....

Pouczenie: W przypadku zmiany danych adresowych należy niezwłocznie poinformować w formie pisemnej Dział Księgowości DOIPiP we Wrocławiu - pod rygorem posługiwania się przez DOIPiP pierwotnie pozyskanymi danymi - w tym dotyczącymi skuteczności doręczenia korespondencji.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przesyłanie PIT-11 drogą elektroniczną

Ja niżej podpisany/a **wyrażam/ nie wyrażam*** zgodę/y na przekazywanie mi przez Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław

PIT-ów drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie poniżej adres e-mailowy:

_____@_____

adres mailowy (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

_____@_____

powtórz – adres mailowy (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Jednocześnie w razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia DOIPiP we Wrocławiu o nowym adresie e-mail.

Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili odwołana. Wystarczy wysłać taką informację na adres e-mail: ksiegowosc@doipip.wroc.pl lub bezpośrednio złożyć wniosek w siedzibie DOIPiP we Wrocławiu.

***niewłaściwe skreślić**

Podpis