*Załącznik Nr 1 do Regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu stanowiącego Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 63/VIII/2023 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu z dnia 27 września 2023 r.*

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| DATA WPŁYWU | NUMER WNIOSKU | MIEJSCOWOŚĆ I DATA |

**W N I O S E K O PRZYZNANIE ZAPOMOGI**

**Część A – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA - DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZAPOMOGĘ**

1. **IMIĘ I NAZWISKO**_____

| 2. NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

3. **ADRES ZAMIESZKANIA (kod pocztowy, miejscowość, ulica)** _____

_____

4. **ADRES DO KORESPONDENCJI (kod pocztowy, miejscowość, ulica)*** _____

_____

* wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny, niż adres do korespondencji

5. **TELEFON KONTAKTOWY*** _____ **E-MAIL***_____

*****podanie nr. telefonu oraz adresu e-mail jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na ich wykorzystanie w celu kontaktu z wnioskodawcą

6. **NUMER KONTA BANKOWEGO**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

7. **DANE DOTYCZĄCE CZŁONKÓW RODZINY I INNYCH OSÓB WSPÓLNIE PROWADZĄCYCH GOSPODARSTWO DOMOWE**

| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Miejsce pracy (nauki) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

8. **SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK (właściwe zaznaczyć):**

☐ składka płacona przez pracodawcę – dodatkowo należy złożyć część A załącznika nr 1 do wniosku: *Oświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich*

☐ indywidualnie z tytułu umowy o pracę/stosunku służbowego lub umowy zlecenia – dodatkowo należy złożyć część B załącznika nr 1 do wniosku: *Oświadczenie wnioskodawcy o zatrudnieniu i opłacaniu comiesięcznych składek członkowskich*

☐ indywidualnie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej - dodatkowo należy złożyć załącznik część B załącznika nr 1 do wniosku: *Oświadczenie wnioskodawcy o systematycznym comiesięcznym opłacaniu składek członkowskich z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej*

**9. DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU (właściwe zaznaczyć):**

- ☐ zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub karty informacyjne potwierdzające chorobę, rachunki za leczenie, za leki
- ☐ dokumenty potwierdzające zaistnienie innych zdarzeń losowych niż choroba oświadczenie o dochodach rodziny
- ☐ według wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do Regulaminu zaświadczenie pracodawcy o średnich miesięcznych
- ☐ dochodach brutto osiągniętych przez członka OIPiP w ostatnich 3 miesiącach
- ☐ zaświadczenie pracodawcy o średnich miesięcznych dochodach brutto osiągniętych przez członków rodziny i inne osoby prowadzące wspólne gospodarstwo domowe w ostatnich 3 miesiącach lub zaświadczenie o wysokości zasiłku dla bezrobotnych lub odcinek emerytury, renty jeśli otrzymuje takie świadczenie
- ☐ Wypełniona część A lub część B Załącznika Nr 1
- ☐ Inne (jakie)_____

**10. UZASADNIENIENIE WNIOSKU:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**11. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

a) Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.

b) Oświadczam, że nie byłem/am ukarany/a przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

…….. (data)

…….. **(podpis wnioskodawcy)**

**12. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:**

a) Zostałam/em poinformowana/y, że: Administratorem Danych będzie Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu, (45-123) ul. Budowlanych 44A, że w sprawie ochrony swoich danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: inspektor@oipip.opole.pl, że przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne oraz o celu przetwarzania danych osobowych – którym jest realizacja prawidłowego wykonania zadań wynikających z Regulaminu udzielania zapomóg członkom OIPIP w Opolu oraz o podstawie prawnej ich przetwarzania, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora, okresie 7 letnim, przez który dane osobowe będą przechowywane począwszy od dnia wypłaty świadczeń, objętych niniejszym regulaminem lub odmowy ich przyznania (po upływie tego okresu są niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie),o prawie do żądania od administratora dostępu do danych, które mnie dotyczą, prawie ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawie do przeniesienia danych, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego;

b) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do stosowania względem mnie Regulaminu udzielania zapomóg, w tym rozliczenia przyznanej zapomogi oraz w celach archiwalno-statystycznych przez Administratora Danych;

c) Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania zapomogi.

…….. (data**)**

…….. **(podpis wnioskodawcy)**

**Część B – WYPEŁNIA PRACOWNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OPOLU**

**Uwagi:**

_____

_____

_____

……
(data i podpis pracownika)

**Część C – WYPEŁNIA KOMISJA SOCJALNA PRZY OIPiP W OPOLU**

**DECYZJA: Wnioskodawcy PRZYZNANO* zapomogę losową/socjalną* w kwocie _____ zł**

**słownie _____zł**

**/NIE PRZYZNANO* zapomogi z następującym uzasadnieniem** (** niewłaściwe skreślić)*

_____

_____

**PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI:**

.....
(data)

1. …… 6. ……
2. …… 7. ……
3. …… 8. ……
4. …… 9. ……
5. …… 10. ……

**Część D – WYPEŁNIA SKARBNIK OIPiP W OPOLU**

**ZATWIERDZENIE ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY:**

**Wysokość przyznanego świadczenia w kwocie _____ zł**

**słownie: _____ zł**

……
(data zatwierdzenia do wypłaty)

……
(pieczęć i podpis Skarbnika OIPiP w Opolu)

*Załącznik nr 1 do wniosku o zapomogę*

……..
NUMER WNIOSKU (WYPEŁNIA OIPIP)

**A. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**
**o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich ***
(wypełnić w przypadku, gdy składka członkowska odprowadzana jest przez zakład pracy)

…….. ……
(pieczęć pracodawcy) (miejscowość i data)

Zaświadcza się, że Pani/Pan …….……..……... nr PWZ:…….

od dnia …..……..……..……do ……..……..……..…… jest zatrudniona/y w ……..

……..……
(nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku ……..…Forma zatrudnienia:……...……..…Wymiar etatu:……

i regularnie opłaca składkę na rzecz samorządu od dnia …… do ……..
(okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)

**1. Informacja o składce:**

a) ☐ składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego i **informacja za okres objęty zaświadczeniem <u>została przesłana do OIPiP w Opolu w formie wykazu</u> z informacją o wysokości składki**

b) ☐ składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego lecz informacja o wysokości indywidualnej składki za okres objęty zaświadczeniem **<u>nie została przesłana.</u>**

<u>W przypadku niespełnienia kryterium z punktu a)</u> w zakresie przesyłania informacji o wysokości potrąconej składki należy wypełnić poniższe dane o wysokości potrąconej i przekazanej składki za okres objęty zaświadczeniem:

- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od _____do_____
- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od _____do_____
- _____zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od _____do_____
- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od _____do_____
- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od _____do_____

**2. Przerwy w opłacaniu składek w okresie objętym zaświadczeniem:**

- okres od _____do_____ - powód:……..
- okres od _____do_____ - powód:……..
- okres od _____do_____ - powód:……..

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia Komisji socjalnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

.....
(data podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę)

……..
NUMER WNIOSKU (WYPEŁNIA OIPIP)

…..……
(miejscowość i data)

**B. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**
**o zatrudnieniu i opłacaniu comiesięcznych składek członkowskich ***
(wypełnić w przypadku, gdy składka odprowadzana jest samodzielnie przez wnioskodawcę)

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y ……..……..……
(imię i nazwisko)

nr PWZ :……..……..…… od dnia ……..……do ……..…..……

a) ☐ jestem/byłam zatrudniona/y w……..
(nazwa p$_{racodawcy)}$
…….. ……. na
stanowisku …….…… Forma
zatrudnienia: ……..……. Wymiar etatu: ……..……

b) ☐ prowadzę działalność gospodarczą pod nazwą: ……..……
……... nr NIP……..…… REGON……

**i regularnie opłacam składkę** na rzecz samorządu od dnia ……..…… do ……..
(okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)

**1. Informacja o opłacanej miesięcznej składce w okresie, o którym mowa w pkt 2:**

- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego[1)] lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia[2)] :
  dotyczy okresu od _____ do_____
- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego[1)] lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia[2)]:
  dotyczy okresu od _____ do_____
- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego[1)] lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia[2)]:
  dotyczy okresu od _____ do_____
- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego[1)] lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia[2)]:
  dotyczy okresu od _____ do_____
- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego[1)] lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia[2)]:
  dotyczy okresu od _____ do_____

1) W przypadku umowy o pracę / umowy zlecenie
2) W przypadku samozatrudnienia

**2. Przerwy w opłacaniu składek w okresie objętym zaświadczeniem:**

- okres od _____do_____ - powód:……..……..,
- okres od _____do_____ - powód:……..……..,
- okres od _____do_____ - powód:……..……..,

Oświadczam, że jestem świadom/y odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, w szczególności możliwości pozbawienia prawa korzystania z zapomogi przewidzianej Regulaminem udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)