

9. DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU (właściwe zaznaczyć):

- odpis aktu urodzenia dziecka
- orzeczenie o niepełnosprawności lub o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza rodzinnego lub specjalistę, pod którego opieką znajduje się dziecko – w przypadku choroby długotrwałej (choroby, z medycznego punktu widzenia określanej jako przewlekła, a więc mającej długotrwały przebieg)
- inne dokumenty, w tym medyczne umożliwiające ocenę stopnia niepełnosprawności lub choroby przewlekłej (np. karty informacyjne, zaświadczenia o niezbędnej terapii, rehabilitacji, itp.)
- prawomocny wyrok sądu rodzinnego stwierdzający przysposobienie
- orzeczenie sądu rodzinnego o ustaleniu opiekuna prawnego dziecka
- zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do szkoły lub szkoły wyższej
- wypełniona część A lub część B Załącznika Nr 1

10. UZASADNIENIE 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 przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne oraz o celach przetwarzania danych osobowych oraz podstawie prawnej ich przetwarzania, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora, okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane oraz kryteriach ustalania tego okresu, 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 wsparcia finansowego, w tym rozliczenia przyznanego wsparcia 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 wsparcia finansowego.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Część B – WYPEŁNIA PRACOWNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OPOLU

Uwagi:

.....
(data i podpis pracownika)

Część C – WYPEŁNIA KOMISJA SOCJALNA PRZY OIPIP W OPOLU

DECYZJA: Wnioskodawcy **PRZYZNANO*** wsparcie finansowe w kwocie _____ zł

słownie _____ zł

NIE PRZYZNANO* wsparcia finansowego 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)

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 została przesłana do OIPIP w Opolu w formie wykazu 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 **nie została przesłana.**

W przypadku nie spełnienia kryterium z punktu a) 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)

(miejsowość 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 pracodawcy)

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 zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾ :
 dotyczy okresu od do
- zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾ :
 dotyczy okresu od do
- zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾ :
 dotyczy okresu od do
- zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾ :
 dotyczy okresu od do
- zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾ :
 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 ze wsparcia finansowego przewidzianego Regulaminem udzielania wsparcia finansowego członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu będących przedstawicielami dziecka ze stopniem niepełnosprawności lub przewlekłą chorobą

.....
 (data i podpis wnioskodawcy)