

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Opolu

Numer PWZ

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

Numer Rejestru

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

Białe pola wypełnia wnioskodawca. Szare pola wypełnia biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW FIZJOTERAPII I REHABILITACJI

DANE OSOBOWE

PESEL			
NAZWISKO			
IMIĘ		DRUGIE IMIĘ	
NUMER KONTA BANKOWEGO			
NR TELEFONU			
ADRES E-MAIL			

URZĄD SKARBOWY WŁAŚCIWY DO WYSTAWIENIA PIT-11

Miejscowość	Województwo	Powiat
Gmina	Kod pocztowy	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Poczta

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość	Województwo	Powiat
Gmina	Kod pocztowy	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Poczta

ADRES KORESPONDENCYJNY

WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE JEŻELI JEST INNY OD POWYŻSZEGO ADRESU ZAMIESZKANIA

Miejscowość	Województwo	Powiat
Gmina	Kod pocztowy	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Poczta

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

1. 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 o podstawie prawnej ich przetwarzania, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora, okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane oraz o kryteriach ustalania tego okresu, prawie do żądania od administratora dostępu do danych, które mnie dotyczą, prawie ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz o 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;
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do stosowania względem mnie Regulaminu refundacji świadczeń z zakresu fizjoterapii i rehabilitacji dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu, w tym rozliczenia przyznanej refundacji oraz w celach archiwalno-statystycznych przez Administratora Danych;
3. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania refundacji kosztów rehabilitacji.

Miejscowość, data _____

Podpis _____

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Świadomy/a odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą, w szczególności pozbawienia prawa korzystania z refundacji przewidzianych w Regulaminie refundacji świadczeń z zakresu fizjoterapii i rehabilitacji dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu, oświadczam, iż **nie posiadam zaległości z tytułu opłacania składek za okres 5 lat kalendarzowych poprzedzających rok, w którym składany jest niniejszy wniosek** oraz w **okresie 5 lat poprzedzających złożenie wniosku o refundację świadczeń z zakresu fizjoterapii i rehabilitacji określonej wyżej**, za którą się ubiegam, **nie korzystałam/łem z refundacji świadczeń z zakresu fizjoterapii i rehabilitacji**.
3. Oświadczam, że nie byłem/am ukarany/a przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

Miejscowość, data _____

Podpis _____

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ZAKTUALIZOWANIU DANYCH

1. Wyrażam zgodę na aktualizację danych, zgodnie z art. 43 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 z późn. zm.), na podstawie niniejszego wniosku o refundację świadczeń z zakresu fizjoterapii i rehabilitacji.
2. Oświadczam również, że zobowiązuje się dostarczyć do biura OIPIP w Opolu **dotychczas niezaktualizowane kopie zaświadczeń, dyplomów, suplementów** w ramach aktualizacji danych o wykształceniu.
3. Oświadczam, że zobowiązuje się dostarczyć do biura OIPIP w Opolu **arkusze aktualizacyjne z dotychczas niezaktualizowanymi danymi** dotyczące m.in: **a)** dane o zatrudnieniu **b)** dane osobowe **z wymaganymi do tego załącznikami**.

Miejscowość, data _____

Podpis _____

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O KOMPLETNOŚCI WNIOSKU

Oświadczam, że niniejszy wniosek spełnia wymagania zawarte w Regulaminie refundacji kosztów świadczeń z zakresu fizjoterapii i rehabilitacji członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu. Wniosek zawiera wymagane do uzyskania refundacji załączniki, tj.:

1. **Kopie imiennych rachunków lub faktur potwierdzających zakup usługi fizjoterapeutycznej/rehabilitacyjnej**
2. **Załącznik nr 3 lub nr 4 (w zależności od sposobu wpłaty składek) o odprowadzaniu składek członkowskich**

Miejscowość, data _____

Podpis _____

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ROCZNYM ROZLICZENIU PODATKU

Oświadczam, że wykażę przyznaną kwotę refundacji w rozliczeniu rocznym podatku od osób fizycznych za dany rok kalendarzowy (PIT 11).

Miejscowość, data _____

Podpis _____

SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)

- składka płacona przez pracodawcę** – dodatkowo należy dostarczyć wniosek pracodawcy w celu uzupełnienia załącznika nr 3 OŚWIADCZENIE PRACODAWCY o zatrudnieniu i opłaceniu składek członkowskich
- indywidualnie z tytułu umowy o pracę/stosunku służbowego lub umowy zlecenia** – dodatkowo należy uzupełnić załącznik nr 4 OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY o zatrudnieniu i opłaceniu składek członkowskich
- indywidualnie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej** - dodatkowo należy uzupełnić załącznik nr 4 OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY o zatrudnieniu i opłaceniu składek członkowskich

UWAGI PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

(Data i podpis pracownika)

POTWIERDZENIE REGULARNEGO I/LUB NIEPRZERWANEGO ODPROWADZANIA SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Wnioskodawca **odprowadza*/nie odprowadza* regularnie* i nieprzerwanie*** składki na rzecz OIPiP w Opolu w okresie od _____ do _____.

*niepotrzebne skreślić

Uwagi pracownika:

(Data i podpis pracownika)

Uwagi pracownika weryfikującego wniosek przed posiedzeniem Komisji/Rady

(Data i podpis pracownika)

DECYZJA KOMISJI REFUNDACJI KOSZTÓW REHABILITACJI I FIZJOTERAPII

DECYZJA: Wnioskodawcy **PRZYZNANO*** refundację w kwocie _____ zł słownie _____ zł /**NIE PRZYZNANO*** refundacji z następującym uzasadnieniem: (* niewłaściwe skreślić)

(Data posiedzenia Komisji)

Podpisy Członków Komisji

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

WYPŁATA ŚWIADCZENIA - WYPEŁNIA SKARBNIK ORPIP W OPOLU

ZATWIERDZENIE* ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY: Wysokość przyznanego świadczenia w kwocie _____ zł słownie _____ zł

(Data zatwierdzenia do wypłaty)

(Podpis Skarbnika ORPIP w Opolu)

NIE ZATWIERDZENIE* ŚWIADCZENIA Z NASTĘPUJĄCYM UZASADNIENIEM: (* niewłaściwe skreślić)

(Data zatwierdzenia do wypłaty)

(Podpis Skarbnika ORPIP w Opolu)

Dodatkowe uwagi Skarbnika ORPIP w Opolu:

(Data i podpis Skarbnika ORPIP w Opolu)

DLA OSÓB ODPROWADZAJĄCYCH SKŁADKĘ ZA POŚREDNICTWEM PRACODAWCY

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich	
_____ <i>Pieczęć pracodawcy</i>	_____ <i>Miejscowość i data</i>
Zaświadcza się, że Pani/Pan _____, nr PWZ _____, od (RRRR/MM/DD) _____ do (RRRR/MM/DD) _____ jest zatrudniona/yw _____ <i style="margin-left: 150px;">nazwa i adres pracodawcy</i>	
na stanowisku _____.	
Forma zatrudnienia: _____ Wymiar etatu: _____	
Zaświadcza się, że _____ <i style="margin-left: 150px;">nazwa i adres pracodawcy</i>	
regularnie opłaca składkę członkowską na rzecz OIPIP w Opolu od (RRRR/MM/DD) _____ do (RRRR/MM/DD) _____.	
_____ <i>(Data i podpis pracownika zakładu pracy)</i>	

Uwaga! W przypadku, gdy:

- zakończono poprzedni stosunek pracy;
- rozpoczęto kolejny stosunek pracy;

wnioskodawca jest zobowiązany do wypełnienia dodatkowo pierwszego pola Załącznika Nr 4 niniejszego w wniosku o poprzednim stosunku pracy.

Informacja o składce (należy zaznaczyć właściwe)	
<input type="checkbox"/>	Składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego i informacja za objęty okres została przesłana do OIPIP w Opolu w formie wykazu z informacją o wysokości składki.
<input type="checkbox"/>	Składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego lecz informacja o wysokości indywidualnej składki za objęty okres nie została przesłana.

Zaświadczenie o uzupełnieniu dokumentacji dot. składek i/lub przerw w opłacaniu składek	
Zaświadczam, że w przypadku nie spełnienia powyższego kryterium w zakresie przesyłania informacji o wysokości potrąconej składki, zobowiązuje się dołączyć do niniejszego załącznika dokument zawierający dane o wysokości i okresie potrąconej i przekazanej składki. Ponadto zobowiązuje się dołączyć do niniejszego załącznika dokument zawierający przerwy w opłacaniu składek ze wskazaniem dokładnej daty rozpoczęcia (RRRR/MM/DD) oraz daty zakończenia (RRRR/MM/DD) danej przerwy w objętym okresie oraz powodu przerwy.	
_____ <i>(Data i podpis pracownika zakładu pracy)</i>	

DLA OSÓB ODPROWADZAJĄCYCH SKŁADKĘ INDYWIDUALNIE

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich

NALEŻY ZAZNACZYĆ ORAZ WYPEŁNIĆ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM

<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że ja niżej podpisana/y, posiadająca/y PWZ o numerze _____, jest em zatrudniona/y w _____ od (RRRR/MM/DD) _____ do (RRRR/MM/DD) _____ na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia/samozatrudnienia* na stanowisku _____. <i>*niepotrzebne skreślić</i>
<input type="checkbox"/>	Przed powyższym stosunkiem pracy byłam/em zatrudniona/y w _____ na stanowisku _____ od (RRRR/MM/DD) _____ do (RRRR/MM/DD) _____ na podstawie umowy o pracę/ umowy zlecenia/samozatrudnienia* ** _____ (Data i podpis wnioskodawcy) <i>*niepotrzebne skreślić **nie dotyczy osób, które aktualnie podejmują pierwsze zatrudnienie</i>

<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że ja niżej podpisana/y, posiadająca/y PWZ o numerze _____, prowadzę działalność gospodarczą/ indywidualną praktykę/grupową praktykę* : _____ nazwa i adres działalności/indywidualnej lub grupowej praktyki od (RRRR/MM/DD) _____ do (RRRR/MM/DD) _____ na stanowisku _____, o numerze NIP _____ oraz REGON: _____. _____ (Data i podpis wnioskodawcy) <i>*niepotrzebne skreślić</i>
--------------------------	--

**INFORMACJA O OPŁACANEJ MIESIĘCZNEJ SKŁADCE W OKRESIE O KTÓRYM MOWA
W REGULAMINIE**

OKRES 5 lat wstecz OD (RRRR/MM/DD) DO (RRRR/MM/DD)		SAMOZATRUDNIENIE (0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia)			UMOWA O PRACĘ/ZLECENIE (1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego)				
od	do	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł
od	do	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł
od	do	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł
od	do	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł
od	do	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł	miesięcznie:	zł	rocznie:	zł