



## Wniosek o bezzwrotną zapomogę ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

### 1. Dane personalne wnioskodawcy:

.....  
(Nr PWZ)

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia .....

tel. .... e-mail .....

Adres zamieszkania: kod poczt. .... - ..... ul. ....

### 2. Miejsce pracy

Nazwa zakładu: .....

Adres zakładu: kod poczt. .... - ..... ul. ....

Stanowisko pracy ..... zatrudniona(y) od ..... - ..... - .....  
rok m-c dzień

### 3. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej Proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc rok/

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

### 4. Okresy nieskładkowe

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:	okres	
	od	do
które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.		
bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy ,pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy		
wykonyjące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,		
przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,		
pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocypolecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.		
będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,		
pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.		
niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne		

## WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

### 5. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek przez Wnioskodawcę

Zaświadcza się, że Pan/Pani .....

od dnia |\_\_|\_|\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_| regularnie opłaca składki członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia\*.

.....  
rok m-c dz

.....  
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

.....  
Pieczęć zakładu pracy

\*Uchwała Nr 18 i 22, VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016r. ws. Wysokości składek członkowskich oraz zasad jej podziału

### 6. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, iż:

- Znana mi jest treść regulaminu komisji socjalnej WOIPiP
- Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).

**Do wniosku dołączam:**

- Podanie o przyznanie zapomogi,
- Zaświadczenie o opłacaniu składek na rzecz samorządu za ostatni 5-letni okres lub od momentu powstania tego obowiązku (data wpisania do rejestru WOIPiP)
- **W przypadku choroby:**
  1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
  2. rachunki za poniesione dodatkowe koszty leczenia,
- **W przypadku śmierci współmałżonka lub dziecka członka samorządu** - akt zgonu
- **Dokument potwierdzający trwałe kalectwo** (niepełnosprawność fizyczną lub umysłową) w przypadku, o którym mowa w §11 pkt 4
- **W przypadku śmierci członka samorządu** - akt zgonu oraz akt stanu cywilnego dokumentujący pokrewieństwo osoby zainteresowanej, o której mowa w §9 względem członka samorządu,
- **W przypadku kradzieży** – zaświadczenie o zakończeniu postępowania wyjaśniającego,
- **W przypadku innych zdarzeń losowych** – zaświadczenia od stosownych instytucji.
- Członek samorządu zwolniony od opłacania składek członkowskich na podstawie uchwały Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych – dokument potwierdzający uprawnienie do zwolnienia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań Izby zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.).

Zostałam/em poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm) administratorem danych jest Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Żelazna 59, 00-848Warszawa, zaś podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....  
rok m-c dzień

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

