



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

1. Dane personalne wnioskodawcy:

.....
(nr PWZ)

Imię i nazwisko

Data urodzenia - -
rok m-c d

tel. komórkowy e-mail

2. Miejsce pracy:

Nazwa zakładu:

Adres zakładu: kod poczt ul.
(Miejscowość)

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej

Stanowisko pracy zatrudniona(y) od - -
rok m-c d

3. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej - proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 lat)

| Okres | | Nazwa i adres zakładu pracy |
|-------|----|-----------------------------|
| od | do | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. Okresy nieskładkowe - proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 lat)

| 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 | | |
| wykonujące 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 Pani/Pan

od dnia - - ma regularnie potrącane
rok m-c d

i odprowadzane składki członkowskie na rzecz WOIPiP w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia*

.....
Pieczęć zakładu

.....
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

.....
Data poświadczenia

* 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 trwale 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, 00-848 Warszawa, zaś podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
rok m-c d

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

WNIOSKI NIECZYTELNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE !!!!!