

WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOGI

Wnioski niekompletne i nieczytelnie wypełnione zostaną odrzucone

CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA WNIOSKOWAWCA lub osoba występująca w imieniu wnioskodawcy

.....
MIEJSCOWOŚĆ,

DATA

Dane osoby, która ma otrzymać zapomogę:

IMIĘ i NAZWISKO

KOD, MIEJSCOWOŚĆ ULICA/NR DOMU/ NR MIESZKANIA / TELEFON

ZAWÓD, STANOWISKO

NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY / ODDZIAŁ / TELEFON

Nr PWZ:

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

Nr Rejestru:

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

**Komisja Socjalna
Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi**

I. Uzasadnienie wniosku (opis sytuacji)

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy, pełnomocnika)

II. Informacja o sytuacji rodzinnej:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń oświadczam, że na miesięczny dochód (*netto*) członka samorządu składają się dochody (*netto*) osób pozostających we wspólnym gospodarstwie, będących na utrzymaniu członka samorządu.

Miesięczny dochód (*netto*) rodziny rozliczany jest na _____ osób, w tym:

Członek samorządu

Współmałżonek/Partner

Dzieci _____ w wieku _____
(liczba)

Osoby pozostające na utrzymaniu członka samorządu (*będące we wspólnym gospodarstwie domowym*)

(liczba)

**III. OŚWIADCZAM, IŻ ZNAM REGULAMIN UDZIELANIA ZAPOMÓG CZŁONKOM OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI I ZOBOWIAZUJĘ SIĘ DO JEGO PRZESTRZEGANIA
i WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB KOMISJI
SOCJALNEJ OIPIP W ŁODZI.**

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

- Oświadczenie o dochodach (*netto*) na członka rodziny jeżeli wnioskującym jest członek samorządu.
- Zaświadczenia o dochodach (*netto*) wnioskodawcy oraz osób pozostających z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym, za okres 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, ze wszystkich źródeł dochodów.
- Zaświadczenie potwierdzające fakt zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, a w szczególności o przebywaniu na urlopie wychowawczym, lub pobieraniu zasiłku rehabilitacyjnego, lub zaświadczenie z rejonowego urzędu pracy o zarejestrowaniu jako bezrobotna/y.
- Inne dokumenty nie wymienione wyżej (zaświadczeń lekarskich, kart leczenia, faktur, rachunków dotyczących zdarzenia losowego, protokołów z policji, zdjęć, akt zgonu, itp.)

.....
.....
.....
.....

IV. Dane wnioskodawcy (należy wypełnić jeżeli wnioskodawcą jest Pełnomocnik ORPiP w zakładzie lub współpracownicy osoby, której dotyczy wniosek)

Imię i Nazwisko

Miejsce pracy

Telefon

CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY

POTWIERDZENIE ODPROWADZANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ NA RZECZ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

(pieczętka sekcji płac /księgowości w zakładzie pracy)

Pani / Pan regularnie opłaca

składkę na rzecz OIPiP w Łodzi od do
(wpisać datę- miesiąc, rok) (wpisać datę-miesiąc, rok lub słowo nadal)

.....
data

.....
pieczętka i podpis osoby uprawnionej

CZĘŚĆ C – PEŁNOMOCNIK ORPiP

V. Opinia Pełnomocnika (*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(*) Obowiązek złożenia opinii Pełnomocnika ORPiP nie dotyczy:

- osób pobierających emeryturę
- osób, u których w zakładzie nie ma Pełnomocnika ORPiP.

.....
(Czytelny podpis Pełnomocnika ORPiP)

CZEŚĆ D – WYPEŁNIA OIPiP w Łodzi

Wyżej wymieniony zakład pracy odprowadza składki członkowskie **TAK** (*) **NIE** (*) (* właściwie zakreślić)

Wnioskodawca odprowadza składki członkowskie **TAK** (*) **NIE** (*)

.....

.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis upoważnionego pracownika

Data wpływu wniosku do OIPiP w Łodzi

Kompletność danych i dokumentów: **TAK** **NIE**

Data otrzymania poprzedniej zapomogi z OIPiP w Łodzi

Stwierdzone braki:

.....

.....

...../.....

Uzupełnienie braków do dnia

Wezwania do uzupełnienia:

- **pismo z dnia**
- **informacja ustna dnia**
- osoba poinformowana *imię i nazwisko/*

CZEŚĆ E – WYPEŁNIA KOMISJA SOCJALNA OIPiP w Łodzi

Propozycja Komisji Socjalnej z dnia

Spełnienie wymagań formalnych:

TAK

Proponowana wysokość zapomogi wg. kategorii Taryfikatora zapomóg
Uzasadnienie w protokole Komisji Socjalnej nr z dnia

NIE

Uzasadnienie w protokole Komisji Socjalnej nr z dnia

Pozostawienie bez rozpoznania

Uzasadnienie w protokole Komisji Socjalnej nr z dnia

.....
(Pieczętka Przewodniczącego lub z-cy Przewodniczącego Komisji Socjalnej)

CZEŚĆ F – OIPiP w Łodzi

VI. Decyzja ORPiP / PORPiP (* właściwie zakreślić)

Uchwała Nr **ORPiP / PORPiP** **z dnia**

- przyznana zapomoga w wysokości**
- odmowa**

.....
(Podpis uprawnionego pracownika Biura OIPiP)