

**WNIOSEK O UDZIELENIE ZAPOMOGI EMERYTALNEJ
Z FUNDUSZU SAMOPOMOCY OIPIP W CHEŁMIE**

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (DRUKOWANYMI LITERAMI):			
DANE IDENTYFIKACYJNE:			
1. Nazwisko:	2. Pierwsze imię:		
3. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok):	4. PESEL / NIP* - dot. osób prowadzących działalność gospodarczą:		
5. Urząd Skarbowy właściwy wg miejsca zamieszkania (nazwa i adres)			
ADRES ZAMIESZKANIA:			
6. Kraj:	7. Województwo:	8. Powiat:	
9. Gmina:	10. Ulica:	11. Nr domu	12. Nr lokalu
13. Miejscowość:	14. Kod pocztowy:	15. Poczta:	16. Telefon:
OŚWIADCZENIE			
W związku z odejściem na emeryturę / świadczenie przedemerytalne* od dnia.....			
<input type="checkbox"/> Deklaruję przynależność do samorządu pielęgniarek i położnych i zobowiązuję się do opłacania składek członkowskich w przypadku podjęcia pracy, które będę wpłacać indywidualnie na konto lub w kasie OIPIP w Chełmie do 15-go każdego miesiąca.			
<input type="checkbox"/> Rezygnuję z przynależności do samorządu pielęgniarek i położnych.			
<input type="checkbox"/> Zaprzeszuję wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej* określony oddo.....			
w przypadku pkt 2 i pkt 3 należy dołączyć stosowny wniosek-oświadczenie wraz z oryginałem zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu			
Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, wynikające z art. 246 Kodeksu Karnego			
Chełm, dnia.....		Podpis	
<u>DO WNIOSKU DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:</u>			
<input type="checkbox"/> zaświadczenie o zatrudnieniu i kwocie wpłaconych składek członkowskich na rzecz OIPIP w Chełmie			
<input type="checkbox"/> decyzja o przyznaniu emerytury/ świadczenia przedemerytalnego*			
<input type="checkbox"/> świadectwo pracy			
<input type="checkbox"/> oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wraz ze stosownym wnioskiem-oświadczeniem (w przypadku rezygnacji lub zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej)			

Kluczula Informacyjna

Dane osobowe są przetwarzane zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Równocześnie informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Chełmie, ul. Obłońska 20, 22 - 100 Chełm, tel. 82 565 43 73
2. W celu zapewnienia bezpieczeństwa Państwa danych, z dniem 25.05.2018 w jednostce powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo skontaktować drogą telefoniczną: 664 08 59 57, bądź mailową: inspektor@ethna.pl
3. Głównym celem zbierania Państwa danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o zapomogę.
4. Osobie, której dane dotyczą zawsze przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, aktualizacji swoich danych, oraz prawo do złożenia skargi do organu ochrony danych osobowych, w Polsce jest to Urząd Ochrony Danych Osobowych. Osobie składającej wniosek przysługuje również prawo do cofnięcia zgody na

* niepotrzebne skreślić

przetwarzanie danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych. W pewnych wyjątkowych sytuacjach OIPiP w Chełmie może odmówić usunięcia danych osobowych, jest to jednak możliwe wyłącznie w sytuacjach przewidzianych przez prawo.

5. Osoba składająca wniosek: o zapomogę losową / zapomogę emerytalną / zapomogę losową w związku ze śmiercią członka samorządu podaje swoje dane dobrowolnie, jednakże są one niezbędne do rozpatrzenia wniosku przez Prezydium i podjęcia decyzji przez ORPiP w Chełmie lub jej Prezydium. Bez podania wymaganych danych osobowych nie będzie możliwości rozpatrzenia wniosku i podjęcia uchwały.
6. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
7. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż wynika to z przepisów ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, z przepisów o archiwizacji i procedur OIPiP w Chełmie.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celu określonym w punkcie 3.
Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

B. WYPEŁNIA PRZEWODNICZĄCA ORPiP W CHEŁMIE

DECYZJĄ PREZYDIUM ORPiP W CHEŁMIE:

- PRYZNANO ZAPOMOGE EMERYTALNĄ W WYSOKOŚCI.....
- NIE PRYZNANO ZAPOMOGI

UZASADNIENIE ODMOWY PRYZNANIA ZAPOMOGI:

.....

.....

Chełm, dnia

.....
podpis Przewodniczącej ORPiP w Chełmie

.....
(pieczęć pracodawcy)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
o zatrudnieniu i kwocie wpłaconych składek członkowskich
na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Chełmie

Zaświadcza się, że Pani/Pan
jest zatrudniona/y od dnia do
w

.....
(nazwa i adres zakładu pracy)

na stanowisku

Forma zatrudnienia: Wymiar etatu:

1. OKRES OBEJMUJĄCY ZAKRES DANYCH DO ZAŚWIADCZENIA

/rok bieżący i 3 lata wstecz/:

od do.....

2. Wysokość wynagrodzenia zasadniczego i kwota wpłaconej składki członkowskiej na rzecz OIPIP w Chełmie w ww. okresie, o którym mowa w pkt 1

Lp.	Rok	Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	Kwota przekazana za wskazany rok

Uwagi /np. zmiana wysokości wynagrodzenia zasadniczego/:

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

3. Oświadczenie pracodawcy o systematycznym potrącaniu i przekazaniu składek za okres, o którym mowa w pkt 1:

Zaświadcza się o systematycznym opłacaniu składek w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Chełmie

za Pana/Panią..... za okres o którym mowa w pkt 1.
(imię i nazwisko)

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Chełmie.

.....
(data podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę)