Załącznik Nr 2
do Uchwały nr 29/VIII/24 ORPiP w Chełmie z dnia 27 lutego 2024 r.

WNIOSEK O UDZIELENIE ZAPOMOGI LOSOWEJ 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:**	

17. Dane dotyczące członków rodziny lub innych osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe (potwierdzone przez Zakład Pracy zaświadczeniem lub inne dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętego dochodu):

Lp.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy (nauki)	Średni dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy

18. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* niepotrzebne skreślić

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. Czy korzystała Pani/Pan z pomocy OIPiP? TAK NIE (odpowiednie zakreślić)
Jeśli TAK, to czy było to w ciągu ostatnich 24 miesięcy? TAK NIE (odpowiednie zakreślić)

20. Oświadczam, że <u>nie posiadam</u> innych źródeł dochodu niż wyżej wymienione oraz, że jestem świadomy/a skutków złożenia informacji i dowodów niezgodnych z prawdą **wynikających z Regulaminu Przyznawania Zapomóg Finansowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Chełmie.**

.....dn..... ……..
(miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

<u>DO WNIOSKU DOŁĄCZAM</u> NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:

☐ zaświadczenie o wynagrodzeniu i kwocie wpłaconych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Chełmie,
☐ zaświadczenia o dochodach osiągniętych przez członków rodziny lub innych osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe wnioskodawcy - średni dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy (wynagrodzenia, renty, emerytury, alimenty, zasiłki i inne)
☐ zaświadczenia potwierdzające kontynuowanie nauki przez dzieci będące na utrzymaniu
☐ zaświadczenia lekarskie,
☐ karty informacyjne z pobytu w szpitalu (kopie - oryginały do wglądu),
☐ kserokopie dokumentów potwierdzające poniesione koszty (np. rachunki za leki lub leczenie związane z jednostką chorobową transport, przejazdy związane z leczeniem (oryginały do wglądu))
☐ kserokopie dokumentów potwierdzających zaistniałe zdarzenie losowe wydane przez uprawniony organ (oryginały do wglądu)
☐ inne, jakie……

Klauzula 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 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.

* niepotrzebne skreślić

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:

☐ PRZYZNANO ZAPOMOGĘ LOSOWĄ W WYSOKOŚCI…….....

☐ NIE PRZYZNANO ZAPOMOGI

UZASADNIENIE ODMOWY PRZYZNANIA ZAPOMOGI:

☐WYŻEJ WYMIENIONA OSOBA KORZYSTAŁA Z ZAPOMOGI W ROKU.....

☐INNA PRZYCZYNA *(podać jaka):* …….....

.....

Chełm, dnia ..... ……..…..

podpis Przewodniczącej ORPiP w Chełmie

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O NUMERZE KONTA

Dane osoby, której przyznano refundację/zapomogę

……..
(imię i nazwisko)

……..
(adres)

……..
(adres)

……..
(nr telefonu kontaktowego)

……..
(adres email)

Proszę o przelanie przyznanego dofinansowania/zapomogi na podany niżej numer konta bankowego.
Nazwa banku: ……
Numer konta ROR wnioskodawcy

__ __ - __ __ __ __ - __ __ __ __ - __ __ __ __ - __ __ __ __ - __ __ __ __

……
czytelny podpis

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Chełmie przekazanym mi w związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z informacjami zawartymi w/w oświadczeniu.

……
data i podpis wyrażającego zgodę

Wypełniają pracownicy OIPiP w Chełmie
Przyznane dofinansowanie w kwocie:……..
Z tytułu:……
Uchwała nr……
z dnia ……..
Przelew dnia……..

* niepotrzebne skreślić

....
(pieczęć pracodawcy) (miejscowość 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)

* niepotrzebne skreślić