

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ZAPOMOGI**

**FINANSOWEJ ZE ŚRODKÓW OIPiP w ZIELONEJ GÓRZE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *MIEJSCOWOŚĆ, DATA DATA WPŁYWU DO OIPiP*

***WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI***

**Część A.**

1. **IMIĘ I NAZWISKO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **ADRES ZAMIESZKANIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **TELEFON KONTAKTOWY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **MIEJSCE ZATRUDNIENIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
5. **TELEFON DO MIEJSCA PRACY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
6. **NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
7. **NR WPISU DO REJESTRU**

JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY DZIECKA LUB WSPÓŁMAŁŻONKA :

1. **IMIĘ I NAZWISKO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA URODZENIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**WYMAGANA DOKUMENTACJA\*:**

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub karty informacyjne potwierdzające chorobę,
2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty (rachunki lub faktury za diagnostykę, leczenie, leki, rehabilitację -związane z jednostką chorobową, przejazdy związane z leczeniem, rehabilitacją)
3. dokumenty potwierdzające zaistniałe zdarzenie losowe wydane przez uprawniony organ,
4. nr konta osobistego na które mają zostać przelane środki
5. zaświadczenie potwierdzające opłacanie składek członkowskich na rzecz OIPiP\*

*\*niedostarczenie kompletu dokumentów jest równoznaczne z odrzuceniem wniosku*

**UZASADNIENIE WNIOSKU :**

**……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

***Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste:***

**NUMER KONTA OSOBISTEGO***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Cześć B. W przypadku nieobecności lub braku pełnomocnika opinię może wystawić bezpośredni przełożony:**

Opinia Pełnomocnika ORPiP w sprawie wniosku:

……………………………………………………………………..………………………………………………

……………………………………………………………………..………………………………………………

……………………………………………………………………..………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………

 czytelny podpis

**lub**  opinia bezpośredniego przełożonego w sprawie wniosku:

……………………………………………………………………..………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

…………….................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………

 czytelny podpis  **Cześć C.**

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:

**Oświadczam, że:**

 **1. Znana jest mi treść Regulaminu Udzielania Zapomóg finansowanych ze**

 **środków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze.**

 **2. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych**

 **informacji (art. 246 Kodeksu Karnego)**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **PODPIS WNIOSKODAWCY**

**DECYZJA**

1. **WNIOSKODAWCY PRZYZNANO ZAPOMOGĘ W KWOCIE ………..................................................**

**SŁOWNIE ……………………………… DECYZJĄ ORPiP UCHWAŁA NR. ………………………….**

1. **WNIOSKODAWCY NIE PRZYZNANO ZAPOMOGI / UZASADNIENIE/**

**…………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..**

 **\*** *niewłaściwe skreślić*

 **……………………………………………** **…………………………………………….**

 *DATA*  *PODPIS SEKRETARZA OIPiP*

**Pouczenie:** Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916).