WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI
Z FUNDUSZU OIPIP W POZNANIU

A. W Y P E Ł N I A W N I O S K O D A W C A	
1. Imię i nazwisko:	
2. Adres zamieszkania:	
3. Telefon kontaktowy:	4. Nr prawa wykonywania zawodu:

B. W Y P E Ł N I A P R A C O D A W C A W N I O S K O D A W C Y

Data .....

.....
/pieczęć zakładu pracy/

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pani / Pan .... jest
/imię i nazwisko/

zatrudniona w naszym zakładzie pracy od dnia ..... do dnia ..... na stanowisku ..... .

i opłaca obowiązkową miesięczną składkę na rzecz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu w należnej

wysokości od dnia ..... do dnia……....

Podstawa prawna: Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 01.07.2011 r. art. 11 ust. 2 pkt 4 (t.j. Dz.U. Dz.U.2021 r. poz. 628. z późn. zm.).

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia Komisji Socjalnej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu ul. Grunwaldzka 65, tel. 61 8620-950.

.....
Podpis i pieczątka osoby upoważnionej przez pracodawcę

5. Oświadczam, że jestem świadoma (-y) skutków złożenia informacji i dowodów niezgodnych z prawdą wynikających z paragrafu 7 Regulaminu Pomocy Materialnej ORPIP w Poznaniu.
6. Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste:

Imię i nazwisko: .....

Nazwa banku: .....

Nr konta osobistego: .....

Data

D	D	M	M	R	R	czytelny podpis wnioskodawcy

7. Uzasadnienie wniosku ws.
   A. zapomogi*
   B. zapomogi przeznaczonej na świadczenia rehabilitacyjne*
   – właściwe zakreślić

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Czy korzystała Pani / Pan z pomocy materialnej OIPIP ? TAK NIE (odpowiednie podkreślić)

Jeśli TAK, podać dokładną datę otrzymania zapomogi : .....

9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez ORPiP w Poznaniu w celu postępowania w sprawie przyznania zapomogi.

....
data podpis

10. Decyzja Komisji Socjalnej o przyznaniu zapomogi lub uzasadnienie decyzji odmownej

.....

.....

....
data podpis

Uwaga
Zgodnie z § 9 Regulaminu Pomocy Materialnej, nie podjęcie przez wnioskodawcę zapomogi w ciągu 45 dni od daty jej przyznania spowoduje cofnięcie decyzji o jej udzieleniu.

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1) zaświadczenie lekarskie (kopia) i/lub ewentualnie wystawione elektronicznie zaświadczenie/a lekarskie o niezdolności do pracy wydrukowane z Panelu świadczeniobiorcy w portalu www.zus.pl lub www.pacjent.gov.pl,
2) karta informacyjna leczenia szpitalnego (kopia) i/lub zaświadczenie o pobycie w szpitalu,
3) rachunki za leczenie, leki (kopie),
4) dokumenty potwierdzające przypadki losowe (kopie),
5) potwierdzenie opłacania składek członkowskich.