

ZALĄCZNIK NR 1 DO REGULAMINU Przyznawania Pomocy Socjalnej

Uchwała Nr 234/VIII/2024 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego z dnia 18.09.2024 r.

..... Data

Nazwisko i imię, zawód

.....
Nr prawa wykonywania zawodu (PWZ)

.....
adres do korespondencji

.....
miejsca pracy

.....
telefon

Wniosek o przyznanie zapomogi bezzwrotnej do Komisji ds. Pomocy Socjalnej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego

Proszę o przyznanie zapomogi bezzwrotnej. Prośbę motywuję.....

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

Załączam:

- kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, karty informacyjne w przypadku choroby
- dokumenty potwierdzające zdarzenia losowe (kopie zaświadczeń)
- dokument stwierdzający opłacanie składek na OIPiP Regionu Siedleckiego (Załącznik nr 2)
- oświadczenie (Załącznik nr 3)

Nr konta bankowego.....

Uwaga! Bez kompletu dokumentów Komisja ds. Pomocy Socjalnej nie będzie rozpatrywała wniosku.

..... Podpis wnioskodawcy

Opinia Pełnomocnika;.....

.....

.....
miejsce i data podpis Pełnomocnika

Załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie zapomogi bezzwrotnej

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).

Osoba składająca wniosek o przyznanie pomocy socjalnej podaje swoje dane dobrowolnie, jednakże są one niezbędne do skorzystania z pomocy socjalnej. Bez podania wymaganych danych osobowych nie będzie możliwości rozpatrzenia wniosku.

1. Administratorem danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego, ul. Mazurska 2, 08-110 Siedlce.
2. Dane osobowe, w tym dane szczególnych kategorii (np. dane o stanie zdrowia, zdarzeniach losowych, sytuacji materialnej informacje o dochodach), będą przetwarzane w celu rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy socjalnej oraz realizacji obowiązków prawnych związanych z udzielaniem tej pomocy w tym podjęcia uchwały przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego lub Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.

Dane szczególnych kategorii (np. dotyczące zdrowia) będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków związanych z zabezpieczeniem społecznym lub ochroną socjalną.

4. Dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zostały zebrane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przez czas wymagany do dochodzenia roszczeń lub obrony przed nimi oraz nie dłużej niż wynika to z przepisów ustawy o rachunkowości i procedur OIPiP Regionu Siedleckiego.
6. Osobie, której dane dotyczą zawsze przysługuje prawo do dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, aktualizacji swoich danych, usunięcia danych (jeśli nie ma innych podstaw prawnych do ich dalszego przetwarzania), oraz prawo do złożenia skargi do organu ochrony danych osobowych, w Polsce jest to Urząd Ochrony Danych Osobowych.
7. Dobrowolność podania danych: Podanie danych osobowych, w tym danych szczególnych kategorii, jest dobrowolne, jednak konieczne do ubiegania się o pomoc socjalną. Brak podania danych może skutkować odmową przyznania pomocy.

Oświadczenie

Oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje oraz załączone dokumenty są zgodne z prawdą i stanem faktycznym oraz zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 1 do wniosku.

.....
miejsce i data złożenia oświadczenia

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie zapomogi bezzwrotnej

.....

Pieczęć zakładu pracy

Zaświadczenie

Zaświadcza się, że Pani/ Pan

Pesel

Zatrudniona/y w

.....

w ramach umowy o pracę, w wymiarze

Odprowadza od dnia, regularnie za pośrednictwem zakładu pracy obowiązkową miesięczną składkę na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych, w wysokości 1% od wynagrodzenia zasadniczego, w miesięcznej kwocie zł

(słownie:.....)

zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. poz. 174 ze zm. oraz tekstem jednolitym uchwał nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek x Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r.

Data,

.....

Pieczęć i podpis

Załącznik nr 3 do wniosku o przyznanie zapomogi bezzwrotnej

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w przypadku uzyskania pomocy finansowej z różnych źródeł w roku podatkowym, zobowiązuję się po przekroczeniu limitu ustawowego w myśl artykułu 21 ust. 1 pkt 26 Ustawy z dnia 25 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.) uregulować obowiązek podatkowy względem organu podatkowego.

Miejscowość, Data

.....

Podpis wnioskodawcy

Wykonanie zapisu Regulaminu §6 pkt 8

Dokumentację medyczną odebrałam/em dnia..... i nie wnoszę zastrzeżeń.

Podpis.....

Dokumentacja medyczna zniszczona dnia.....

Podpisy osób.....