

WNIOSEK

o udzielanie pomocy finansowej przez Okręgową Izbę Pielegniarek i Położnych w Kaliszu

1. Imię i nazwisko Data urodzenia:

2. NIP : 3. PESEL:

4. Adres zamieszkania

Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	

5. Adres do korespondencji (dot. przesłania PIT gdy nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)

Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	

6. Telefon kontaktowy

7. Miejsce pracy.....

8. Dane dotyczące członków rodziny i innych osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe:

Lp	Imię i nazwisko	Stopień Pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy (nauki)

9. Łączny dochód brutto: a) rodziny

b) na jedną osobę

10. Oświadczam, że nie posiadam innych źródeł dochodu niż wyżej wymienione oraz, że jestem świadoma(y) skutków złożenia informacji i dowodów niezgodnych z prawdą wynikających z § 7 Regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP w Kaliszu.

11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb OIPiP w Kaliszu.

Data

Czytelny podpis

12. Potwierdzenie zakładu pracy o płaceniu składek na rzecz OIPiP w Kaliszu

Od (rok, miesiąc)

13. Oświadczenie do celów podatkowych: Urząd Skarbowy, do którego adresowana jest informacja o dochodach:

(nazwa i adres US)

Uwaga! 1. Zgodnie z § 8 Regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP nie podjęcie przez wnioskodawcę przyznanej pomocy finansowej w ciągu 30 dni od daty jej przyznania, spowoduje cofnięcie decyzji o jej udzieleniu.

2. Na mocy art. 21, ust.1, pkt. 26 ustawy o Podatku Dochodowym od Osób Fizycznych (PDOF) – wolne od podatku dochodowego są zapomogi otrzymane w przypadku indywidualnych zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych, długotrwałej choroby lub śmierci – do wysokości nie przekraczającej w roku podatkowym kwoty 2 280,00 zł, z zastrzeżeniem pkt. 40 i 79.

14. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

15. Potwierdzenie wniosku przez Pełnomocnego Przedstawiciela lub bezpośredniego przełożonego

.....

.....

Data : Podpis:.....

16. Decyzja Komisji ds. socjalnych o przyznaniu pomocy finansowej lub uzasadnienie decyzji odmownej

.....

Data Podpis

17. Decyzja Prezydium OR:

.....

Data..... Podpis.....

18. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

.....

Data Podpis.....

17. Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste:

- imię i nazwisko

- Nazwa banku i nr konta osobistego

Data

Podpis wnioskodawcy:.....

Nie wypełniać w przypadku odbioru gotówki osobiście w kasie OIPiP.