

WNIOSEK
o udzielenie pomocy finansowej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

1. Imię i nazwisko

2. NIP..... PESEL

3. Adres zamieszkania

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

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

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

6. Telefon komórkowy

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. Zgodni z § 8 Regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP nie pojęcie przez wnioskodawcę przyznanej pomocy finansowej w ciągu 30 dni od daty jej przyznania spowoduje cofnięcie decyzji o jej udzieleniu.

2. 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 **6.000,00 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 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu:

Data

Podpis

18. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Data

Podpis

19. Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste:¹

Imię i nazwisko, adres

Nazwa banku i nr rachunku osobistego

Data

Podpis wnioskodawcy

¹ Nie wypełniać w przypadku odbioru gotówki osobiście w kasie OIPiP.