

Potwierdzenie przyjęcia wniosku

miejsowość, data

Nazwisko i imię

Nr Prawa Wykonywania Zawodu

Adres

		-			
(kod)					

(miejsowość)

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(województwo)

tel. domowy [][] - [][] - [][] - [][]

tel. kom. [][] - [][] - [][] - [][]

Do Komisji Socjalnej przy Małopolskiej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych

WNIOSEK O PRYZNANIE REFUNDACJI LECZENIA UZDROWISKOWEGO LUB TURNUSU REHABILITACYJNEGO

Data pobytu: od [R][R][R][R] - [M][M] - [D][D] do [R][R][R][R] - [M][M] - [D][D]

Miejsce pobytu:

(nazwa ośrodka)

Adres

		-			
(kod)					

(miejsowość)

(ulica)

(nr)

(województwo)

Koszty leczenia, rehabilitacji, fizjoterapii: _____ zł _____ gr

Wnioskodawca składa wymagane dokumenty w oryginale lub przedkłada kopie potwierdzone przez siebie za zgodność z oryginałem lub oświadczenie wnioskodawcy o zgodności dokumentów z oryginałem.

Obowiązujące dokumenty (zakreślić właściwe):

- Zaświadczenie od pracodawcy o terminowym opłacaniu składek członkowskich w odpowiedniej wysokości do MOiPiP, a w przypadku indywidualnego odprowadzania składek poświadczenie z działu księgowości MOiPiP.
- Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione nie wcześniej niż na 6 miesięcy od daty złożenia wniosku.
- Karty informacyjne z leczenia uzdrowiskowego lub turnusu rehabilitacyjnego z datą wystawienia do 6-miesiący od daty złożenia wniosku.
- Dokument księgowy (faktura, rachunek) potwierdzający poniesienie kosztów leczenia, rehabilitacji, fizjoterapii w leczeniu uzdrowiskowym lub na turnusie rehabilitacyjnym.

- Refundację proszę przelać na konto*: Bank

Nr rachunku: (proszę wpisać w okienka poniżej)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Odbiorę osobiście, w kasie MOiPiP* lub za upoważnieniem (pełnomocnictwo pisemne)*

* (zakreślić właściwe)

INFORMACJA DO CELÓW PODATKOWYCH

Nazwisko:

Imiona: 1. 2.

Imię ojca: Imię matki:

Miejsce urodzenia: Data:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /dzień – miesiąc - rok/

Miejsce zameldowania/zamieszkania właściwe dla Urzędu Skarbowego: (adres będzie wpisany w PIT8C i wysłany pod ten sam adres)

Województwo Gmina/Dzielnica

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy:

--	--

 -

--	--	--	--

 Miejscowość Poczta

Powiat

Telefon kontaktowy

Nazwa i Adres Urzędu Skarbowego:

.....

.....

Zgodnie z art. 11 ust 1-4 ustawy z dnia 13 X 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników płatników (Dz. U z 2004 r. Nr 269 poz. 2681 zmiana Dz. U z 2011 Nr 171 poz. 1016) oświadczam, iż moim identyfikatorem podatkowym jest:

1/PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2/ NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 podać numer/

Uwaga:

Należy podać tylko jeden identyfikator tj. albo PESEL albo NIP, przy czym **NIP podaje się wyłącznie** w przypadku, gdy podatnik:

- prowadzi /lub prowadził w danym roku podatkowym/ działalność gospodarczą bez względu na formę opodatkowania, **w tym działalność zawieszona**,
- jest /lub był w danym roku podatkowym/ zarejestrowanym podatnikiem od towarów i usług,
- jest /lub był w danym roku podatkowym/ płatnikiem podatków, płatnikiem składek na ubezpieczenie społeczne jak i zdrowotne.

Jednocześnie zobowiązuję się, iż najpóźniej do 31 grudnia danego roku podatkowego zawiadomię mój obecny lub były zakład pracy lub zleceniodawcę o zmianie mojego identyfikatora podatkowego /np. z PESEL na NIP w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej lub jeżeli podatnik zostanie zarejestrowanym podatnikiem VAT po dacie złożenia niniejszego oświadczenia/.

Oświadczam, iż powyższe dane podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym.

Data: Podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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), Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie, informuje że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Krakowie ul. Szlak 61, 31-153 Kraków.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Małopolskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Krakowie przy ul. Szlak 61, 31-153 Kraków email: iod@moipip.org.pl lub listownie na adres: Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Szlak 61, 31-153 Kraków.
3. Dane osobowe (dalej: dane) są przetwarzane na podstawie i zgodnie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych.
4. Dane są przetwarzane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krakowie oraz działających w jej imieniu i z jej upoważnienia członków Komisji Socjalnej, zobowiązanych do zachowania w tajemnicy danych w okresie wykonywania w/w funkcji oraz po jej zakończeniu. Dane osobowe mogą być także przetwarzane przez podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osób Pani/Pana są przetwarzane wyłącznie w celu prawidłowego wykonania zadań wynikających z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz niniejszego regulaminu.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie wyrażonej zgody w formie wniosków, oświadczeń oraz poprzez przedstawienie stosownych dokumenty, jeśli jest to konieczne, zgodnie z treścią regulaminu.
7. Dane osobowe są przechowywane przez okres 1 roku począwszy od dnia wypłaty świadczeń, objętych niniejszym regulaminem lub odmowy ich przyznania. Po upływie tego okresu są niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie.
8. Ma Pani /Pan prawo do uzyskania dostępu do swoich danych, żądania sprostowania lub usunięcia danych albo ograniczenia ich przetwarzania, przenoszenia danych do innego administratora, sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Zgłoszenie takich sprzeciwów nie ma wpływu na czynności już dokonane.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, że przetwarzanie ich danych osobowych, narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu jakim jest uzyskanie pomocy z Funduszu Socjalnego.

.....
podpis wnioskodawcy

(WYPEŁNIA KOMISJA SOCJALNA)

Komisja Socjalna rozpatrzyła wniosek w dniu oraz
(data rozpatr. po uzupełnieniu)

Komisja podjęła decyzję o:

Przyznaniu refundacji w kwocie zł.

Od w/w kwoty naliczono podatek dochodowy w kwocie zł

.....
Podpis przewodniczącej(go)

Odmowie przyznania refundacji z powodu:

- niezgodność przedmiotu wniosku z regulaminem przyznawania zapomóg losowych
- inna przyczyna odmowy

Wnioskujący otrzymał pisemną informację o decyzji Komisji, wraz z kopią regulaminu przyznawania zapomóg losowych.

.....
Podpis przewodniczącej(go)

Komisja Socjalna zwróciła się do wnioskodawcy pisemnie o uzupełnienie wniosku o następujące dokumenty
(wymienić) w załączeniu przesała regulamin przyznawania zapomóg losowych:

.....
Podpis przewodniczącej(go)