

WNIOSEK
O PRYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI EMERYTALNEJ
dla członków MOIPIP w Krakowie

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa
wykonywania zawodu

Adres do korespondencji

-

(kod)

.....
(miejscowość)

.....
(ulica)

.....
(nr domu)

.....
(nr mieszkania)

.....
(województwo)

tel. kom. - -

Numer konta bankowego:

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. znam treść Regulamin przyznawania jednorazowej zapomogi emerytalnej z związku z przejściem na emeryturę członkom MOIPIP w Krakowie i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
2. regularnie opłacam składkę na MOIPIP w Krakowie w wysokości wynikającej z właściwej uchwały Naczelnego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych i nie posiadam zaległości z tego tytułu;
3. załączona do wniosku decyzja o przyznaniu prawa do świadczenia emerytalnego jest prawomocna, tj. nie złożyłam (em) od niej odwołania w określonym przepisami prawa terminie;
4. wszelkie wskazane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są prawdziwe i jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwych informacji lub dokumentów wynikającej z przepisu art. 286 kodeksu karnego;
5. jestem świadoma (y) treści § 4 ust. 4 i 5 Regulaminu w zakresie konieczności zwrotu nagrody emerytalnej i utraty prawa do jej otrzymania wskutek przedstawienia danych lub dokumentów nieprawdziwych lub fałszywych.
6. Oświadczam, że zostałam(am) poinformowany(a) o konieczności rozliczenia dochodu z tytułu przyznanego świadczenia w swoim rocznym zeznaniu podatkowym.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku oraz dokumentach do niego załączonych w zakresie niezbędnym do rozpoznania mojego wniosku o przyznanie zapomogi emerytalnej przez MOIPIP.

Oświadczam również, że mam świadomość, iż podanie ww. danych osobowych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie, jednak brak ich podania lub brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie lub cofnięcie zgody skutkują brakiem możliwości rozpoznania złożonego przeze mnie wniosku.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu przyznawania jednorazowej zapomogi emerytalnej dla członków MOIPIP w Krakowie oraz Klauzulą Informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki:

- ☐ potwierdzona przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem kopię decyzji o przyznaniu prawa do świadczenia emerytalnego
- ☐ oryginał lub potwierdzony przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem dokument potwierdzający regularne opłacanie składki członkowskiej na samorząd zawodowy (zaświadczenie wystawione przez pracodawcę lub potwierdzenia przelewów składek członkowskich na MOIPIP),
- ☐ w przypadku osób zwolnionych z opłacania składki członkowskiej – dokumenty potwierdzające prawo do uzyskania zwolnienia w oryginale lub kopii potwierdzonej przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że wszystkie dołączone do wniosku kopie dokumentów **są zgodne z oryginałem**.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

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 Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Izby 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 5 lat począwszy od dnia złożenia wniosku. 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.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

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

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

 lub

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

Załącznik nr 3
do Regulaminu przyznawania jednorazowej zapomogi emerytalnej
dla członków Małopolskiej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

.....

Kraków, dnia

Imię i nazwisko

.....

Nr PWZ

OŚWIADCZENIE EMERYTKI/EMERYTA

Oświadczam, iż jestem świadoma/my obowiązku opłacania składek członkowskich na MOIPiP zgodnie z art. 11 ust. 2 p. 4 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) przez cały okres pracy zarobkowej (umowa o pracę, zlecenie, kontrakt) mimo nabycia uprawnień emerytalnych. W momencie całkowitego zaprzestania wykonywania zawodu zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia MOIPiP w Krakowie na adres ul. Szlak 61, 31-153 Kraków lub e-mail: pwz@moipip.org.pl.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadoma/my tego, iż nieopłacone w odpowiedniej wysokości lub terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, a zatajenie faktu wykonywania pracy i nieopłacanie składek członkowskich w odpowiedniej wysokości może wypełniać znamiona określone w przepisie art. 286 kodeksu karnego.

.....

Czytelny podpis