

IV. Łączny dochód brutto (potwierdzony zaświadczeniami)

a) rodziny b) na jedną osobę

(przy obliczaniu dochodu na jedną osobę należy wziąć pod uwagę osoby niepełnoletnie, uczące się pozostające na utrzymaniu rodziców).

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

V. Oświadczam, że nie korzystałam z pomocy koleżeńskiej udzielanej przez ORPIP w Kielcach w bieżącym roku.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Proszę o przekazanie przyznanej pomocy koleżeńskiej Nr konta bankowego

.....

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

VI. Adres miejsca pracy:

12. Nazwa zakładu pracy	
13. Kod pocztowy	14. Miejscowość
15. Ulica	16. Numer
10. Telefon	

VII. Wypełnia Zakład Pracy Wnioskodawcy:*

1. Pani/Pan opłaca regularnie składkę członkowską na rzecz Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach oddo
2. Wynagrodzenie brutto z ostatnich 3 miesięcy wynosi

.....
pieczętka i podpis osoby upoważnionej

VIII. Opinia Pełnomocnika danego rejonu wyborczego ORPIP lub bezpośredniego Przełożonego *

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

* nie dotyczy emerytów i rencistów

.....
Czytelny podpis

IX. Wniosek Komisji Socjalno-Finansowej

.....
.....

Podpisy Komisji Socjalnej

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

X. Decyzja Prezydium ORPiP o przyznaniu pomocy koleżeńskiej lub uzasadnienie decyzji odmownej

.....
.....

data Podpis

Uchwała Nr z dnia kwota przyznana do wypłat
słownie.....

XI. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach (w przypadku odwołania)

.....

data Podpis

Uwaga

Do wniosku można dołączyć:

1. oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez ŚIPIP
2. aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia lub karty informacyjne w przypadku choroby(z 12 ostatnich miesięcy)
3. dokumenty potwierdzające przypadki losowe,

Nie podjęcie przez wnioskodawcę zapomogi w ciągu 30 dni od daty jej przyznania spowoduje cofnięcie decyzji o jej udzieleniu.