Załącznik D

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI Z TYTUŁU URODZENIA DZIECKA**

Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| Numer PWZ wnioskodawcy |  |
| Adres korespondencyjny wnioskodawcy |  |
| Adres zamieszkania wnioskodawcy |  |
| Numer kontaktowy wnioskodawcy |  |
| Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada) |  |
| Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania |  |
| Sposób przekazania środków finansowych:(Proszę wpisać “X” przy wybranej formie) | [ ] przelew na konto podane poniżej\_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_[ ] odbiór osobisty w kasie WIL [ ] przekaz pocztowy  |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych
w rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że jestem lekarzem stażystą/ lekarzem dentystą stażystą i staż podyplomowy rozpocząłem w dniu……………………………………………. I nie osiągam dodatkowych przychodów poza zasadniczym wynagrodzeniem lekarza stażysty/ lekarza stażysty dentysty\*

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że jestem lekarzem/ lekarzem dentystą, którego miesięczny przychód na osobę
w gospodarstwie domowym nie przekracza równowartości 100 % miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego lekarza stażysty/ lekarza dentysty stażysty.\*

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że jest to moje pierwsze/kolejne dziecko.\*

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Do wniosku załączam:

1. Kserokopia odpisu aktu urodzenia dziecka;
2. Oświadczenie o członkach rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (imię, nazwisko, pokrewieństwo, data urodzenia, informacja o nauce lub zatrudnieniu) (*w przypadku kiedy wnioskodawcą nie jest lekarz stażysta bądź lekarz dentysta stażysta)*
3. Kserokopię deklaracji podatkowej PIT-u za ubiegły rok dot. osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym (*w przypadku kiedy wnioskodawcą nie jest lekarz stażysta bądź lekarz dentysta stażysta),*
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej
w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie zapomogi z tytułu urodzenia dziecka i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

………………………………… ……………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że z tytułu wypłaty pomocy materialnej w zakresie zapomogi z tytułu urodzenia dziecka otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację
o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

………………………………… ……………………………

(data) (czytelny podpis)

Wypełnia Komisja Socjalna:

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję Socjalną |  |
| Wniosek spełnia wymogi formalne | TAK/ NIE |
| Stwierdzone braki formalne |  |
| Opinia Komisji Socjalnej |  |
| Komisja Socjalna zatwierdza wypłatę zapomogi z tytułu urodzenia dziecka\*niepotrzebne skreślić | TAK/NIE |
| Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi z tytułu urodzenia dziecka\*niepotrzebne skreślić | TAK/ NIE |
| Uwagi |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data  | Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej |
|  |  |
| Data | Podpis Sekretarza Komisji Socjalnej |
|  |  |