

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)	<input type="checkbox"/> przelew na konto podane poniżej ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ <input type="checkbox"/> odbiór osobisty w kasie WIL <input type="checkbox"/> przekaz pocztowy

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że jestem lekarzem stażystą/ lekarzem dentyistą stażystą i staż poddyplomowy rozpocząłem w dniu..... I nie osiągam dodatkowych przychodów poza zasadniczym wynagrodzeniem lekarza stażysty/ lekarza stażysty dentyisty*

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że jestem lekarzem/ lekarzem dentyistą, którego miesięczny przychód na osobę w gospodarstwie domowym nie przekracza równowartości 100 % miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego lekarza stażysty/ lekarza dentyisty 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 zostałam 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