Załącznik K

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI LOSOWEJ DLA DZIECKA ZMARŁEGO LEKARZA POPRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OSOBĘ BLISKĄ**

Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL Wnioskodawcy |  |
| Status wnioskodawcy | Przedstawiciel ustawowy/ osoba bliska\* |
| Imię i nazwisko dziecka |  |
| Adres korespondencyjny dziecka |  |
| Imię zmarłego lekarza rodzica |  |
| Nazwisko zmarłego lekarza rodzica |  |
| Numer PWZ zmarłego lekarza rodzica |  |
| Adres korespondencyjny wnioskodawcy |  |
| Adres zamieszkania wnioskodawcy |  |
| Numer kontaktowy wnioskodawcy |  |
| Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada) |  |
| Sposób przekazania środków finansowych: (Proszę wpisać “X” przy wybranej formie) | [ ] przelew na konto podane poniżej  \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_  [ ] odbiór osobisty w kasie WIL   [ ] przekaz pocztowy |

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane są zgodne z prawdą.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Pisemne uzasadnienie składanego wniosku, zawierające opis sytuacji losowej i materialnej dziecka zmarłego lekarza, którego dotyczy wniosek;
2. Dokumenty o poniesionych lub planowanych wydatkach dot. zdarzeń losowych, rachunki   
   za leczenie, zakup sprzętu rehabilitacyjnego itp.,
3. Oświadczenie o członkach rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (imię, nazwisko, pokrewieństwo, data urodzenia, informacja o nauce lub zatrudnieniu);
4. Kserokopię deklaracji podatkowej PIT-u za ubiegły rok dot. osób pozostających  
   we wspólnym gospodarstwie domowym;
5. Kserokopię aktu zgonu lekarza;
6. Kserokopia aktu urodzenia dziecka zmarłego lekarza;
7. Dla osób powyżej 18 roku życia zaświadczenie o kontynuowaniu nauki;
8. Klauzulę dotycząca przetwarzania danych;
9. Dokument potwierdzający status prawny wnioskodawcy wobec dziecka zmarłego lekarza;
10. Inne dokumenty – jakie ……………………………………………………………………\*

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

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

………………………………… ……………………………

(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 losowej w kwocie  \*niepotrzebne skreślić | WARTOŚĆ KWOTY: |
| Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi losowej  \*niepotrzebne skreślić | TAK/ NIE |
| Uwagi |  |

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