

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