

Uchwała ORL - /2023/IX
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 21 stycznia 2023 r.

w sprawie **zatwierdzenia Regulaminu pomocy materialnej z funduszy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.**

Na podstawie art. 5 pkt 19) ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz Uchwały nr OZL-25/2022/IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 marca 2022 r. w sprawie pomocy materialnej dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz na podstawie art. 14 hb ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.), uchwała się, co następuje:

§ 1

Zatwierdza się Regulamin pomocy materialnej z funduszy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały i jest jej integralną częścią.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, przewodniczącym komisji problemowych: Komisji Socjalnej, Komisji ds. Kształcenia Medycznego, Komisji ds. Młodych Lekarzy oraz Komisji ds. Emerytów i Rencistów, a także Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 2023 r.

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

dr n. med. Krzysztof Kordel

Załącznik do uchwały ORL-...../2023/IX w sprawie zatwierdzenia Regulaminu pomocy materialnej z funduszy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Wielkopolska Izba Lekarska jako samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów zarządza swoimi środkami finansowymi w celu wspierania swoich członków i ich reprezentowania oraz organizowania na ich rzecz pomocy materialnej. Pomoc materialna winna być celowa, racjonalna i obejmować grupy lekarzy i lekarzy dentystów wymagających największego wsparcia. Pomoc materialna musi mieć ramy formalne, ale musi odpowiadać potrzebom chwili i sytuacji, aby cechował ją duch solidarności zawodowej.

§ 1

PRZEDMIOT REGULACJI

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, zwana dalej Radą, ustala Regulamin pomocy materialnej obejmujący zasady przyznawania:

- 1) zapomóg losowych;
- 2) refundacji poniesionych kosztów szczepień ochronnych i profilaktycznych oraz kosztów kształcenia i udziału w wydarzeniach edukacyjnych;
- 3) pożyczek;
- 4) darowizn celowych dla osób rozpoczynających 90- ty rok życia oraz osiągających wiek 100 lat;
- 5) darowizn celowych dla lekarzy seniorów na szczepienia ochronne.

§ 2

OGÓLNE WARUNKI PRYZNAWANIA POMOCY MATERIALNEJ

1. Ilekroć w postanowieniach niniejszego Regulaminu mowa jest o:
 - 1) lekarzach lub lekarzach stażystach, dotyczy to również – odpowiednio – lekarzy dentystów i lekarzy dentystów stażystów;
 - 2) lekarzach seniorach – należy przez to rozumieć lekarzy, członków WIL, zwolnionych z obowiązku opłacania składki członkowskiej na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej regulującej zasady opłacania składki członkowskiej z uwagi na ukończenie 70 roku życia lub lekarzy, którzy osiągnęli wiek emerytalny, zwolnionych z obowiązku opłacania składek z uwagi na złożenie oświadczenia o nieosiąganiu przychodów, o którym mowa w przywołanej wyżej uchwale Naczelnej Rady Lekarskiej;
 - 3) osobie bliskiej – należy przez to rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego,

Projekt

osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym oraz osobę opiekującą się samotnym lekarzem;

- 4) dziecku – należy przez to rozumieć osobę niepełnoletnią lub osobę uczącą się, która nie ukończyła 24 roku życia.
2. Pomoc materialna, o której mowa w § 1, jest udzielana członkom Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, zwanej dalej WIL, którzy:
 - 1) przez okres co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o jej przyznanie byli wpisani do rejestru WIL;

oraz
 - 2) mają uregulowany status składek członkowskich za ostatnie 12 miesięcy, tj. regularnie opłacali składki lub uzyskali umorzenie zaległości z tego tytułu.
3. Wymogi opisane w ust. 2 powyżej nie dotyczą lekarzy stażystów, członków WIL, w zakresie, w jakim są uprawnieni do korzystania z pomocy materialnej zgodnie z niniejszym Regulaminem.
4. Przyznanie pomocy materialnej, o której mowa w § 1 pkt 1) - 3) niniejszego Regulaminu, z wyłączeniem programów, o których mowa w § 3 pkt 1) - 3) oraz pkt 6) i 7) niniejszego Regulaminu, a także z uwzględnieniem postanowień zawartych w § 3 pkt 4) Regulaminu, powiązane jest z kryteriami przychodowymi członków WIL. Członkiem WIL uprawnionym do otrzymania świadczeń z programów, o których mowa w § 3 niniejszego Regulaminu, z uwzględnieniem zdania poprzedniego, jest wnioskodawca, którego średni miesięczny przychód na osobę w gospodarstwie domowym w roku kalendarzowym poprzedzającym złożenie wniosku o przyznanie świadczenia nie przekraczał równowartości 100% miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia lekarza stażysty lub lekarza dentystry stażysty, obowiązującego na dzień złożenia wniosku.
5. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek właściwej komisji problemowej rozpatrującej podanie o przyznanie pomocy materialnej, Prezydium Rady może wyłączyć zastosowanie kryterium przychodowego dla wnioskodawcy.
6. W danym roku kalendarzowym można skorzystać tylko jeden raz z danego świadczenia w ramach programów wymienionych w poszczególnych punktach § 3 niniejszego Regulaminu, z zastrzeżeniem zapomóg losowych z tytułu śmierci lekarza lub osoby bliskiej wskazanych w § 3 pkt 1) - 3) Regulaminu, mających jednorazowy charakter, a także świadczeń opisanych w § 3 pkt 5) i 7) Regulaminu, kiedy to wniosek o wypłatę świadczenia może dotyczyć dzieci z ciąży mnogiej lub kolejnej ciąży.
7. Warunkiem uzyskania świadczenia z programów opisanych w § 3 jest złożenie stosownego wniosku o jego wypłatę, zgodnie ze wzorami stanowiącymi załączniki do niniejszego

Regulaminu, w terminie do **3 miesięcy** od daty wystąpienia zdarzenia objętego wsparciem, lecz nie później niż do 15 grudnia danego roku.

8. Terminy wskazane w ust. 7 nie mają zastosowania do:
- 1) wniosków o przyznanie zapomóg losowych - pośmiertnych, o których mowa w § 3 pkt 1) – 3) Regulaminu, które mogą zostać złożone w terminie **18 miesięcy** od dnia wystąpienia zdarzenia losowego uzasadniającego jego przyznanie;
 - 2) wniosków o przyznanie zapomogi z tytułu narodzin dziecka, o której mowa w § 3 pkt 5) niniejszego Regulaminu, które mogą zostać złożone w terminie **6 miesięcy** od dnia narodzin dziecka;
 - 3) wniosków o przyznanie darowizny, o której mowa w § 3 pkt 8) Regulaminu, realizowanych zgodnie z opisanymi w przywołanym punkcie Regulaminu zasadami.
9. Wypłata środków w ramach pomocy materialnej odbywa się według kolejności złożonych wniosków.

§ 3

SZCZEGÓŁOWY OPIS PROGRAMÓW POMOCY MATERIALNEJ

Rada określa następujące programy pomocy materialnej dla członków WIL:

- 1) jednorazowa zapomoga losowa w kwocie nie wyższej niż 5 000,00 zł dla lekarza z tytułu śmierci współmałżonka lekarza lub osoby bliskiej, której koszty pogrzebu poniósł lekarz.

Wzór wniosku o przyznanie zapomogi stanowi Załącznik A do niniejszego Regulaminu;

- 2) jednorazowa zapomoga losowa w kwocie nie wyższej niż 5 000,00 zł dla współmałżonka lub osoby bliskiej zmarłego lekarza, która poniosła koszty pogrzebu lekarza.

Wzór wniosku o przyznanie zapomogi stanowi Załącznik A do niniejszego Regulaminu;

- 3) jednorazowa zapomoga losowa w kwocie nie wyższej niż 5 000,00 zł dla dziecka zmarłego lekarza.

Z wnioskiem o zapomogę, w imieniu dziecka zmarłego lekarza, może wystąpić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba bliska.

Wzór wniosku o przyznanie zapomogi stanowi Załącznik B do niniejszego Regulaminu;

Wzór wniosku o wypłacenie zapomogi składany przez przedstawiciela ustawowego dziecka lub osobę bliską stanowi Załącznik I do niniejszego Regulaminu.

- 4) zapomoga losowa w kwocie nie wyższej niż 5 000,00 zł, wynikająca z nieoczekiwanych okoliczności i zdarzeń losowych, dotyczących lekarza lub dziecka zmarłego lekarza, które wpływają na życie i otoczenie lekarza lub dziecka zmarłego lekarza, członka WIL.

Z wnioskiem o zapomogę, niezależnie od uprawnionego do jej otrzymania, może również wystąpić każdy członek Wielkopolskiej Izby Lekarskiej działający na rzecz lekarza pozostającego w potrzebie, za jego zgodą, a w przypadku dziecka zmarłego lekarza – przedstawiciel ustawowy dziecka lub osoba bliska.

W takim przypadku nie ma zastosowania w sposób bezpośredni kryterium przychodowe, o którym mowa w § 2 ust. 4 Regulaminu. Oceny zasadności wniosku dokonuje Komisja Socjalna, która wnioskuje o opinię do Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Wzór wniosku o przyznanie zapomogi stanowi Załącznik C do niniejszego Regulaminu.

Wzór wniosku o wypłacenie zapomogi losowej na rzecz członka WIL, składany przez innego członka WIL, stanowi Załącznik J do niniejszego Regulaminu.

Wzór wniosku o wypłacenie zapomogi losowej na rzecz dziecka zmarłego członka WIL, składany przez przedstawiciela ustawowego dziecka lub osobę bliską, stanowi Załącznik K do niniejszego Regulaminu.

- 5) zapomoga z tytułu narodzin dziecka w kwocie 1 000,00 zł za pierwsze urodzone dziecko oraz 2 000,00 zł za drugie i każde kolejne dziecko urodzone z tej samej ciąży lub w tym samym roku kalendarzowym, dla lekarza stażysty lub dla lekarza spełniającego kryterium przychodowe, o którym mowa w § 2 ust. 4 Regulaminu. W przypadku, kiedy oboje rodziców byłoby uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia dziecka, świadczenie otrzyma jedynie jedno z nich.

Wzór wniosku o przyznanie zapomogi stanowi Załącznik D do niniejszego Regulaminu;

- 6) refundacja obejmująca maksymalnie 30 % kosztów udziału w wydarzeniach edukacyjnych organizowanych przez WIL, określanych przez Radę na każdy kolejny rok kalendarzowy do 15 grudnia roku poprzedzającego.

Wzór wniosku o przyznanie refundacji stanowi Załącznik E do niniejszego Regulaminu;

- 7) refundacja, do kwoty 500,00 zł, kosztów szczepień ochronnych i profilaktycznych dla dzieci członków WIL, które nie ukończyły 3 roku życia. Wykaz szczepień refundowanych określa corocznie, do dnia 15 grudnia roku poprzedzającego, Zespół ds. Promocji Szczepień WIL, powołany przez Radę na daną kadencję. W przypadku, kiedy oboje rodziców byłoby uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu refundacji szczepień dziecka, świadczenie otrzyma jedynie jedno z nich.

Wzór wniosku o przyznanie refundacji stanowi Załącznik F do niniejszego Regulaminu;

- 8) darowizny celowe w kwocie 2 500,00 zł na poprawę stanu zdrowia dla lekarzy seniorów rozpoczynających 90-ty rok życia oraz osiągniętych wiek 100 lat.

Warunkiem uzyskania darowizny celowej jest złożenie pisemnego wniosku do Prezydium Rady, zatwierdzanego następnie uchwałą Prezydium Rady, przez Komisję ds. Emerytów i Rencistów.

- 9) pożyczka na cele związane z niwelacją negatywnych skutków wystąpienia nieoczekiwanych okoliczności i zdarzeń losowych, o których mowa w pkt 4) niniejszego paragrafu.

Warunkiem uzyskania pożyczki jest złożenie pisemnego wniosku z uzasadnieniem do Prezydium Rady, które w drodze uchwały każdorazowo określa wysokość pożyczki, jej oprocentowanie i zasady spłaty. Prezydium Rady może również zdecydować o umorzeniu pożyczki w części lub w całości. W przypadku umorzeń pożyczki, pożyczkobiorca otrzymuje stosowną deklarację podatkową dokumentującą operację finansową umorzenia zobowiązań w całości lub w części.

- 10) refundacja, do kwoty 250,00 zł rocznie, kosztów kształcenia dla lekarzy stażystów.

Wzór wniosku o przyznanie refundacji stanowi Załącznik G do niniejszego Regulaminu;

- 11) darowizna celowa do kwoty 500,00 zł dla lekarzy seniorów WIL na realizację szczepień ochronnych wyznaczonych przez Zespół ds. Promocji Szczepień WIL.

Wzór wniosku o przyznanie darowizny stanowi Załącznik H do niniejszego Regulaminu.

§ 4

ŚRODKI FINANSOWE PRZEZNACZONE NA REALIZACJĘ

POMOCY MATERIALNEJ

1. Wysokość środków finansowych na pomoc materialną na dany rok budżetowy określa budżet WIL.
2. Środkami budżetowymi na pomoc materialną dla członków WIL zarządzają:
 - 1) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 1) – 5) - Komisja Socjalna;
 - 2) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 6) oraz pkt 10) - Komisja ds. Kształcenia Medycznego;
 - 3) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 7) - Komisja ds. Młodych Lekarzy;
 - 4) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 8) – Prezydium Rady na wniosek Komisji ds. Emerytów i Rencistów;

Projekt

- 5) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 9) - Prezydium Rady;
- 6) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 11) - Komisja ds. Emerytów i Rencistów.
3. W uzasadnionych przypadkach komisja problemowa zarządzająca środkami na pomoc materialną oraz Prezydium Rady może zasięgnąć opinii właściwej delegatury, jeśli wniosek dotyczy członka WIL z terenu danej delegatury WIL.
4. Rada może zdecydować o nadzwyczajnych środkach finansowych przeznaczonych na indywidualną pomoc materialną lub utworzeniu dodatkowego funduszu specjalnego przeznaczenia.
5. Wypłata środków w ramach pomocy materialnej odbywa się do wysokości środków przewidzianych w budżecie WIL na dany rok kalendarzowy, z uwzględnieniem postanowień ust. 1 i 2 powyżej.

§ 5

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszego Regulaminu rozstrzyga Rada.

Załącznik nr A

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI POŚMIERTNEJ:

- 1) **PO ZMARŁYM LEKARZU***,
- 2) **PO ZMARŁYM WSPÓLMAŁŻONKU/ OSOBIE BLISKIEJ LEKARZA ***,

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada)	
Numer PWZ zmarłego lekarza (pole nie dotyczy zmarłego współmałżonka lub osoby bliskiej lekarza)	
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

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)

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego;
2. Klauzula dotycząca przetwarzania danych;
3. Oryginały faktur/ rachunków związanych z poniesionymi kosztami pogrzebu lekarza/osoby bliskiej lekarza (*nie dotyczy wniosku składanego z tytułu śmierci współmałżonka lekarza lub przez współmałżonka zmarłego lekarza*).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej:

Projekt

1. Zapomoga po śmierci lekarza*,
2. Zapomoga po śmierci współmałżonka/osoby bliskiej lekarza*

i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

*niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis)

Projekt

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: 1. Zapomogi po śmierci lekarza dla współmałżonka/ osoby bliskiej/ * 2. Zapomogi dla lekarza po śmierci współmałżonka/ osoby bliskiej* <i>*niepotrzebne skreślić</i>	TAK/ NIE
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o: 1. Zapomogę po śmierci lekarza dla współmałżonka/ osoby bliskiej/ *, 2. Zapomogę dla lekarza po śmierci współmałżonka/ osoby bliskiej/* <i>*niepotrzebne skreślić</i>	TAK/ NIE
Uwagi	

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

Projekt

Załącznik B

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI PO ŚMIERCI LEKARZA DLA DZIECKA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
PESEL Wnioskodawcy	
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

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)

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego,
2. Kopia aktu urodzenia wnioskodawcy,
3. Dla osób powyżej 18 roku życia zaświadczenie o kontynuowaniu nauki
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Projekt

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 po śmierci lekarza dla dziecka	TAK/ NIE
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi po śmierci lekarza dla dziecka	TAK/ NIE
Uwagi	

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

Projekt

Załącznik C

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI LOSOWEJ

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada)	
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

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)

Do wniosku załączam:

1. Dokument potwierdzający stan zdrowia (aktualne karty informacyjne z leczenia szpitalnego lub zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia)*
2. Dokumenty o poniesionych lub planowanych wydatkach dot. zdarzeń losowych, rachunki za leczenie, rehabilitację, zakup aparatu słuchowego, sprzętu rehabilitacyjnego np.,*
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. Inne dokumenty. (np. dodatkowe uzasadnienie)

.....
.....
.....*

6. Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

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

.....
(data)

*niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis)

Projekt

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

Projekt

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)

Projekt

*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)

Projekt

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

Projekt

Załącznik E

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy	
Specjalizacja (jeśli posiada)	
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
Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania	
Tytuł kursu	
Data kursu	
Numer ewidencyjny kursu WIL	

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku dołączam:

1. Zaświadczenie o ukończeniu kursu,
2. Oryginały faktur/ rachunków związanych z poniesionymi kosztami
3. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

Projekt

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie refundacji kosztów kształcenia i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Kształcenia Medycznego w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałam poinformowany, że z tytułu refundacji kosztów kształcenia otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

Wypełnia Komisjs.ds. Kształcenia Medycznego:

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Kształcenia Medycznego	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji ds. Kształcenia Medycznego	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego zatwierdza wypłatę w wysokości: *niepotrzebne skreślić	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego odrzuca wniosek o refundację *niepotrzebne skreślić	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Medycznego
Data	Podpis Sekretarza Komisji ds. Kształcenia Medycznego

Projekt

Załącznik F

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW SZCZEPIENIA DZIECKA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy	
Specjalizacja (jeśli posiada)	
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
Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania	
Imię dziecka	
Nazwisko dziecka	
Data urodzenia dziecka	
Nazwa szczepionki	
Data przyjęcia ostatniej dawki szczepionki	

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

Do wniosku dołączam:

1. Oryginały rachunków potwierdzających zakup i odbycie całego cyklu szczepień,
2. W przypadku wniosku dotyczącego dziecka – kopię aktu urodzenia dziecka
3. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że z tytułu refundacji kosztów szczepienia otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie refundacji szczepień i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Młodych Lekarzy w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

Wypełnia Komisja ds. Młodych Lekarzy

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Młodych Lekarzy	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji ds. Młodych Lekarzy	
Komisja ds. Młodych Lekarzy zatwierdza wypłatę środków	
Komisja ds. Młodych Lekarzy odrzuca wniosek o refundację	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy
Data	Podpis Sekretarza Komisji ds. Młodych Lekarzy

Projekt

Załącznik G

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA LEKARZA STAŻYSTY/
LEKARZA STAŻYSTY DENTYSTY**

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy	
Specjalizacja (jeśli posiada)	
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
Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania	
Tytuł kursu	
Data kursu	
Organizator kursu	

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)

Do wniosku dołączam:

1. Zaświadczenie o ukończeniu kursu,
2. Oryginały faktur/ rachunków związanych z poniesionymi kosztami
3. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

Projekt

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie refundacji kosztów kształcenia i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Kształcenia Medycznego w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że z tytułu refundacji kosztów kształcenia otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

Wypełnia Komisjs.ds. Kształcenia Medycznego:

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Kształcenia Medycznego	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji ds. Kształcenia Medycznego	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego zatwierdza wypłatę środków	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego odrzuca wniosek o refundację	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Medycznego
Data	Podpis Sekretarza Komisji ds. Kształcenia Medycznego

Projekt

Załącznik H

**WNIOSEK O ŚRODKI FINANSOWE NA REALIZACJĘ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH DLA
LEKARZY SENIORÓW**

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy	
Specjalizacja (jeśli posiada)	
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
Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania	
Nazwa szczepionki	

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 zostałem poinformowany, że w związku ze złożonym wnioskiem zobowiązuję się do podpisania umowy darowizny z WIL, w której zobowiązę się do przeznaczenia otrzymanych środków finansowych na realizację szczepień.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie refundacji szczepień i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Emerytów i Rencistów w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że spełniam kryteria osoby, która jest zwolniona z opłacania składki członkowskiej na rzecz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej tj.:

- ukończyłem 70 lat,*

- osiągnęłam/em wiek emerytalny i złożyłam/em do WIL oświadczenie o nieosiąganiu przychodów*

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Projekt

Wypełnia Komisja ds. Emerytów i Rencistów

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Emerytów i Rencistów	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji ds. Emerytów i Rencistów	
Komisja ds. Emerytów i Rencistów zatwierdza wypłatę środków	
Komisja ds. Emerytów i Rencistów odrzuca wniosek o refundację	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Emerytów i Rencistów
Data	Podpis Sekretarza Komisji ds. Emerytów i Rencistów

Projekt

Załącznik I

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI PO ŚMIERCI LEKARZA DLA DZIECKA
POPURZECZ 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. Kserokopię aktu zgonu zmarłego,
2. Kopia aktu urodzenia wnioskodawcy,
3. Dla osób powyżej 18 roku życia zaświadczenie o kontynuowaniu nauki
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych
5. Dokument potwierdzający status prawny wnioskodawcy wobec dziecka zmarłego lekarza

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

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 po śmierci lekarza dla dziecka	TAK/ NIE
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi po śmierci lekarza dla dziecka	TAK/ NIE
Uwagi	

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

Projekt

Załącznik J

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI LOSOWEJ SKŁADANY PRZEZ CZŁONKA WIL NA RZECZ INNEGO CZŁONKA WIL

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada)	
Adres korespondencyjny wnioskodawcy	
Adres zamieszkania wnioskodawcy	
Numer kontaktowy wnioskodawcy	
Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada)	
Sposób przekazania środków finansowych lekarzowi, którego dotyczy wniosek: (Proszę wpisać "X" przy wybranej formie)	<input type="checkbox"/> przelew na konto podane poniżej ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ <input type="checkbox"/> przekaz pocztowy
Imię i nazwisko lekarza, którego dotyczy wniosek	
Numer PWZ lekarza, którego dotyczy wniosek	
Adres korespondencyjny lekarza, którego dotyczy wniosek	

Oświadczam, że podane dane we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że posiadam zgodę lekarza, którego dotyczy wniosek na przetwarzanie jego danych osobowych i przekazanie ich do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w związku z ubieganiem się w jego imieniu o pomoc materialną ze środków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.*

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że lekarz w imieniu, którego występuję o pomoc materialną ze środków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, z uwagi na stan zdrowia, nie ma możliwości udzielenia mi zgody na przetwarzanie jego danych osobowych i przekazanie ich do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w związku z ubieganiem się o pomoc materialną ze środków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

Projekt

1. Pisemne uzasadnienie składanego wniosku, zawierające opis sytuacji losowej i materialnej lekarza, którego dotyczy wniosek
2. Dokumenty o poniesionych lub planowanych wydatkach dot. zdarzeń losowych, rachunki za leczenie, rehabilitację, zakup aparatu słuchowego, sprzętu rehabilitacyjnego itp.,*
3. Inne dokumenty – jakie
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt

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

Projekt

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);

Projekt

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)

Projekt

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