*Załącznik Nr 1 do „Regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”*

**Załącznik nr 1**

**W N I O S E K**

**O U D Z I E L E N I E P O M O C Y F I N A N S O W E J**

*- w formie zapomogi*

**Wnioski nieczytelnie wypełnione i niekompletne zostaną odrzucone!**

........................................................

miejscowość, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**imię i nazwisko/**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**kod miejscowość ulica/ nr domu/ nr mieszkania / TELEFON**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nr prawa wykonywania zawodu**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nazwa i adres zakładu pracy / oddział** / *dotyczy tylko członka samorządu*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nr rachunku bankowego wnioskodawcy**/ *dotyczy tylko członka samorządu*

**Komisja Finansowo- Socjalna**

**Okręgowej Rady**

**Pielęgniarek i Położnych**

**w Krośnie**

**I. Uzasadnienie wniosku** (opis sytuacji)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II.** Oświadczam, że **nie otrzymałam/ em** lub **otrzymałam/em\*** zapomogę nieopodatkowaną z innego źródła w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

…………………………………………………..

(Czytelny podpis wnioskodawcy)

**Oświadczam, że jestem członkiem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz znam regulamin udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.**

……………………………………

(Czytelny podpis wnioskodawcy/*dotyczy tylko członka samorządu*)

**\*** niepotrzebne skreślić

**III. Dane wnioskodawcy** (należy wypełnić jeżeli wnioskodawcą jest Pełnomocnik ORPiP w zakładzie lub współpracownik osoby, której dotyczy wniosek lub członek rodziny).

Imię i Nazwisko ……………………………............………………………………………

Miejsce pracy ………………………………………………………...........……………..…

Telefon ……………………………………………………………………...........…………

Nr rachunku bankowego na który należy przekazać przyznaną pomoc finansową

………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………….

 (Czytelny podpis wnioskodawcy)

**IV. Wypełnia zakład pracy:**

………………………………….

 (Pieczątka zakładu pracy)

**Pani / Pan** .............................................................................................................................

 (imię i nazwisko)

opłaca regularnie składkę na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

od ………………………do ..................................

 (Podać datę )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Data) (Pieczątka i podpis osoby upoważnionej)

**V. Komisja Finansowo- Socjalna**

2. Propozycja Komisji Finansowo- Socjalnej z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spełnienie wymagań formalnych:

□ TAK

Proponowana wysokość zapomogi nieopodatkowanej:……………. (kwota) wg Taryfikatora zapomóg

Uzasadnienie w protokole Komisji Finansowo- Socjalnej Nr …………….. z dnia .................................

Proponowana wysokość zapomogi opodatkowanej: ………….. (kwota) wg Taryfikatora zapomóg

Uzasadnienie w protokole Komisji Finansowo- Socjalnej Nr……………... z dnia ................................

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Podpisy członków Komisji Finansowo- Socjalnej)

**Załączniki do wniosku :**

- zaświadczenia lekarskie lub karty informacyjne, faktury, rachunki dotyczące zdarzeń losowych, protokoły z policji, zdjęcia, akt zgonu, itp.)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Działając na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”) informujemy, że przetwarzamy Pani/ Pana dane osobowe. Niniejsze zasady stosuje się począwszy od dnia 25 maja 2018 r.

**1. Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Z Administratorem danych osobowych można się kontaktować:

• listownie, na adres: ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

• za pośrednictwem poczty e – mail: biuro@oipip.krosno.pl

**2. Inspektor danych osobowych**

Administrator danych osobowych powołał Inspektora ochrony danych w osobie Pani Katarzyny Kopiczak, z którą można się kontaktować:

 • telefonicznie: (+ 48) 13 43 694 60 w. 1

 • listownie, na adres: ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

 • za pośrednictwem poczty e – mail: iodo@oipip.krosno.pl

**3. Podstawy przetwarzania danych osobowych**

Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody oraz obowiązujących przepisów prawa art. 6 ust 1 lit. a w związku z art. 9 ust 2 lit a oraz art. 6 ust 1 lit c RODO.

**4. Cele przetwarzania**

Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy finansowej, a po zatwierdzeniu Pani/ Pana wniosku i przyznania dofinansowania dane osobowe będą przechowywane w związku z realizacją obowiązków prawnych spoczywających na Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

**5. Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych mogą być:

• upoważnieni członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w zakresie rozpatrzenia złożonego przez Panią/ Pana wniosku o przyznanie pomocy finansowej,

• upoważnieni pracownicy Administratora danych osobowych, w celu weryfikacji wniosku, wypłaty środków przyznanej pomocy finansowej bądź przygotowania i nadania korespondencji związanej z realizacją bądź odmową przyznania środków objętych Pani/ Pana wnioskiem.

**6. Okres przechowywania danych osobowych**

Pozyskane dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do otrzymania świadczenia oraz przez okres niezbędny do potwierdzenia prawidłowego wydatkowania środków oraz w celu niezbędnym ze względu na przepisy o sprawozdawczości finansowej (Ustawa z dnia 29 września 1994 r., o rachunkowości).

**7. Zakres przysługujących praw**

Przysługuje Pani/ Panu, prawo do:

• dostępu do danych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,

• sprostowania (poprawienia) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne,

• usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”),

• ograniczenia przetwarzania danych,

• wniesienia sprzeciwu do organu nadzorczego,

• przenoszenia danych,

• cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych (oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych może nastąpić w formie pisemnej na adres Administratora danych osobowych wskazanych w pkt 1, na adres poczty elektronicznej e – mail: biuro@oipip.krosno.pl lub osobiście w siedzibie Administratora danych osobowych.

**8. Informacja o wymogu/ dobrowolności podania danych osobowych**

Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych osobowych uniemożliwia Administratorowi danych osobowych ich przetwarzanie, i w konsekwencji skutkuje brakiem możliwości przyznania pomocy.

**9. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu**

 Pani/ Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

|  |
| --- |
|  |

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w celu ubiegania się o udzielenie pomocy finansowej zgodnie z Uchwałą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP w Krośnie”. Zgoda obejmuje dane określone w art. 9 RODO, dotyczące stanu zdrowia.

|  |
| --- |
|  |

1. Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w celu ubiegania się o udzielenie pomocy finansowej zgodnie z Uchwałą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP w Krośnie”.
2. Oświadczam, że podałam/ łem moje dane osobowe dobrowolnie.

 ………………………………...

(podpis wnioskodawcy)