

Załącznik
do Programu osłonowego w zakresie
zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez
mieszkańców Gminy Łapy

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY LEKOWEJ

Wnioskodawca

.....
.....
(imię i nazwisko)

PESEL

.....
.....

Numer dowodu osobistego

.....

Adres

zamieszkania

.....

Liczba

ha

przeliczeniowych

.....

Dane dotyczące członków rodziny i osób wspólnie gospodarujących i prowadzących gospodarstwo domowe:

| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Rok urodzenia | Okoliczność uprawniająca do pomocy | Dochód uzyskany w miesiącu |
|-----|-----------------|-----------------------|---------------|------------------------------------|----------------------------|
| | | wnioskodawca | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Łączny dochód osoby/rodziny zł

Dochód osoby/na osobę w rodzinie zł

Wysokość poniesionych wydatków na leki zł

w miesiącu/ach roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto, /przekazem pocztowym.

numer

konta:

.....

Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (podstawa prawna: art. 233 § 1 Kodeksu karnego).

Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych innych dochodów.

Załączniki do wniosku:

- 1) Oryginał faktury wystawionej przez aptekę szt.,
- 2) Kserokopia recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.,
- 3) Dokument/y potwierdzające dochody szt.,
- 4) Dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy szt.

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Łapy, dnia

.....

(podpis wnioskodawcy)

Dalszą część wniosku wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łapach.

1. Struktura rodziny (właściwie zaznaczyć):

osoba samotnie gospodarująca; rodzina osobowa;

Liczba osób uprawnionych

2. Łączny dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej zł

dochód ma osobę w rodziniezł

3. *Kryteria dochodowe/właściwie zaznaczyć/ zł

4. ** Poniesione wydatki na leki łącznie: zł

na osób uprawnionych w okresie od do

.....

5. Kwota pomocy finansowej na leki zł

(odpowiadająca wysokości poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż zł, tj. 30%, 40%, 60%*** kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art. 8 ust. 1 pkt 2 ustawy o pomocy społecznej).

Projekt decyzji o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia:

.....

Łapy, dnia

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora MOPS)

* 200% lub 150% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17.07.2012 (Dz. U. z 2012 r., poz. 823.)

1) dla osoby samotnie gospodarującej 1084,00 zł

2) na osobę w rodzinie 684,00 zł

** wydatki powyżej 30 zł

*** niepotrzebne skreślić