

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE  
ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW NA LEKI**

Wnioskodawca .....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

Pesel .....

Adres zamieszkania: 15-..... Białystok, ul.....

Dane dotyczące Wnioskodawcy/rodziny Wnioskodawcy (osób spokrewnionych lub niespokrewnionych pozostających w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących):

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodzenia	Źródło dochodu* (utrzymania) rodzaj	Dochód* uzyskany w miesiącu .....
		wnioskodawca			
<b>Łączny dochód osoby/rodziny</b>					

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:

.....r. - ..... zł

Okoliczność/ci uprawniająca/e do pomocy: niezdolność do pracy z tytułu wieku/przewlekła choroba/niepełnosprawność\*\*

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer: ...../odbiór gotówki w kasie MOPR\*\*

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

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

Białystok, dnia ..... 201..... r.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

- oryginał faktury wystawionej przez aptekę ..... szt.,
- kserokopia recept/y na nazwisko wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe ..... szt.,
- dokument/y potwierdzający/e dochody ..... szt.,

– dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy ..... szt.

Dalszą część wniosku wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku

1. Struktura rodziny (właściwe zaznaczyć):

osoba samotnie gospodarująca

rodzina ..... osobowa

2. Liczba osób uprawnionych .....

3. Łączny dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej ..... zł; dochód na osobę w rodzinie ..... zł

4. Kryterium dochodowe (wpisać właściwe: dla osoby samotnie gospodarującej lub rodziny)\*\*\* ..... zł

5. Poniesione wydatki na leki (powyżej 30 zł łącznie) ..... zł na ..... osobę/y uprawnioną/e w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku

6. Kwota pomocy finansowej na leki ..... zł (odpowiadająca wysokości poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż ..... zł, tj. 30%/ 45%/ 60% \*\* kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art. 8 ust.1 pkt 2 ustawy o pomocy społecznej).

.....  
(data, pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

Projekt decyzji o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia:

.....  
(data, pieczęć i podpis kierownika/z-cy kierownika Zespołu Pracowników Socjalnych)

\* źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art.8 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2013 r. poz.182, z późn. zm.), w tym liczba ha przeliczeniowych należących do wnioskodawcy lub osób wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, z wyłączeniem użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego łącznie

\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\* 175% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej