Załącznik do gminnego programu osłonowego  
w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Miasta Białegostoku na lata 2022-2024

**WNIOSEK** **O PRZYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE**

**ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW NA LEKI ZAKUPIONE NA PODSTAWIE RECEPTY**

Wnioskodawca ................................................................................... PESEL …………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

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

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 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączny dochód osoby/rodziny** | | | | |  |

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącupoprzedzającym 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 .......................... 20…… r.

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

                                                                                                                   (podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

        dokumenty potwierdzające zakup leków na podstawie recepty, wystawione przez aptekę ……………. szt.,

        dowody potwierdzające wystawienie recepty na nazwisko osoby uprawnionej (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.      Wydatki na leki poniesione w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku ……………………. zł na .……. osobę/y uprawnioną/e (łącznie co najmniej 30 zł na każdą uprawnioną osobę)

6.      Kwota przyznanej 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)

Zatwierdzony przez kierownika Zespołu Pracowników Socjalnych plan pomocy finansowej:

…………………………………………………………………………………………………

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

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

\*    źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1876 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

\*\*\* odpowiednio 200% lub 175% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy  społecznej