

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE
ZMNIJSZENIA WYDATKÓW NA LEKI ZAKUPIONE NA PODSTAWIE RECEPTY**

Wnioskodawca PESEL
(imię i nazwisko)

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	PESEL	Źródło dochodu* (utrzymania) rodzaj	Dochód* uzyskany w miesiącu
		wnioskodawca			
Łączny dochód osoby/rodziny					

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku: tj. r. - zł

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

Przyznana pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer: /, inne formy **

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 aptekęszt.,
- 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 (właściwie zaznaczyć):
 - osoba samotnie gospodarująca
 - rodzina osobowa
2. Liczba osób uprawnionych
3. Łączny dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznejzł; dochód na osobę w rodzinie zł
4. Kryterium dochodowe (wpisać właściwie: dla osoby samotnie gospodarującej lub rodziny)*** zł
5. Wydatki na leki poniesione w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wnioskuzł na osobę/y uprawnioną/e (łącznie co najmniej 50 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 MOPR)

Zatwierdzony przez kierownika Zespołu Pracowników Socjalnych plan pomocy finansowej:

.....
(data, pieczęć i podpis kierownika/upoważnionego pracownika MOPR)

* źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 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 300 % kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej