

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/rodzinyzł

Dochód osoby/na osobę w rodziniezł

Wysokość poniesionych wydatków na leki..... zł
w miesiącu/achroku.

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 aptekęszt.,
- 2) Kserokopia recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.,
- 3) Dokument/y potwierdzające dochodyszt.,
- 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/Centrum Usług Społecznych w Łapach.

1. Struktura rodziny (właściwie zaznaczyć):

osoba samotnie gospodarująca; rodzinaosobowa;

Liczba osób uprawnionych

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

dochód na 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% 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 11.07.2018 w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1358.)

1) dla osoby samotnie gospodarującej 1402,00 zł

2) na osobę w rodzinie 1056,00 zł

** wydatki powyżej 30 zł

*** niepotrzebne skreślić