

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ NA ZAKUP LEKÓW

DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA ŁOMŻA Z PROGRAMU OSŁONOWEGO

I Część wniosku - wypełnia Wnioskodawca

Wnioskodawca.....

PESEL - - - - -

Adres zamieszkania : Łomża, ul.....

Dane dotyczące Wnioskodawcy/rodziny Wnioskodawcy (osób spokrewnionych i nie spokrewnionych pozostających w faktycznym związku - wspólnie zamieszkujących i gospodarujących)

L P	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Data urodzenia	Źródło dochodu / utrzymania/ rodzaj*	Dochód uzyskany w m-cu*
1		wnioskodawca			
2					
3					
4					
5					
6					

Łączny dochód* osoby/rodziny.....

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym miesiąc
złożenia wniosku:20..... r. - zł

Okoliczności uprawniające do pomocy: niezdolność do pracy z tytułu wieku,
przewlekła choroba, niepełnosprawność**

Przyznana pomoc finansową proszę przekazać:

- przelewem na rachunek bankowy nr
- odbiór gotówki w kasie MOPS.

Załączniki do wniosku:

- oryginał faktury wystawionej przez aptekę szt.
- kserokopia recepty na nazwisko wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.
- dokumenty potwierdzający/e dochody szt.
- dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy szt.

Oświadczenie:

1. Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych innych dochodów.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łomży moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) oraz przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 poz.1781)

Łomża, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

II Część wniosku - wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łomży

1. Struktura rodziny**:

- o osoba samotnie gospodarująca
- o rodzina osobowa liczba osób uprawnionych.....

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

3. Kryteria dochodowe (właściwe dla osoby samotnej lub rodziny)***zł.

4. Poniesione wydatki na leki (powyżej 70 zł. łącznie)zł. naosób uprawnionych w miesiącu..... poprzedzającym złożenia wniosku.

5. Kwota pomocy finansowej na lekizł. - odpowiadająca wysokości poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niżzł. tj. 50 %, 60 %, 70 % ** wydatków na leki.

6. Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

7. Wniosek nie spełnia warunków programu pozostawia się bez rozpatrzenia.

Projekt decyzji o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia:

.....
.....

.....

data, pieczęć i podpis pracownika socjalnego

.....

data, pieczęć i podpis Dyrektora MOPS

* źródło dochodu/dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (t.j. Dz.U. 2021. poz. 2268 ze zm.) w tym liczba ha przeliczeniowych należących do wnioskodawcy lub osób wspólnie gospodarujących, z wyłączeniem użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego łącznie

** właściwe zaznaczyć.