

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr LVI/501/22
Rady Miejskiej w Wasilkowie
z dnia 26 maja 2022
zmienionej uchwałą Rady Miejskiej w
Wasilkowie Nr LXXV/604/23
z dnia 26 kwietnia 2023

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY LEKOWEJ

Wnioskodawca

.....
.....

(imię i nazwisko)

PESEL

Numer dowodu osobistego

Adres zamieszkania

Nr telefonu

Dane dotyczące członków rodziny i osób wspólnie gospodarujących i prowadzących gospodarstwo domowe:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodzenia	Źródło, rodzaj dochodu* (utrzymania)	Dochód uzyskany w miesiącu
		wnioskodawca			

Liczba ha przeliczeniowych

Łączny dochód osoby/rodziny.....zł

Dochód osoby/na osobę w rodzinie zł

Wysokość poniesionych wydatków na leki zł

w miesiącu/ach roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto/do kasy Urzędu Poczтового w Wasilkowie, ul. Polna 2/3.

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 aptekę szt.,
2. Kserokopia recepty/e-recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.,
3. Dokument/y potwierdzające dochody szt.,
4. Dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy szt.

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Wasilków, dnia

.....

(podpis wnioskodawcy)

Dalszą część wniosku wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Wasilkowie

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 społecznej zł; 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 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)

Plan pomocy finansowej zatwierdzony przez kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wasilkowie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

(data, pieczęć i podpis kierownika
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wasilkowie)

* źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 901), 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 250% lub 200% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej