Załącznik Programu osłonowego w zakresie

zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez

mieszkańców Miasta Żyrardowa.

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW NA LEKI**

Wnioskodawca……………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, data urodzenia)

PESEL ……………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą | Data urodzenia | Okoliczność uprawniająca do pomocy | Dochód uzyskany w miesiącu …………….. |
|  |  | wnioskodawca |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Łączny dochód\* osoby/rodziny ……………………………… zł

Dochód osoby/na osobę w rodzinie ………………………………… zł

Liczba ha przeliczeniowych\* …………………………………

Wysokość poniesionych wydatków na leki ………………………………………………………..zł w miesiącu …..………………..20……roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto / przekazem pocztowym.\*\*\*\*

Numer konta:
…………………………………………………………………………………………………

**Oświadczenie:**

1. Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam także, że nie posiadam żadnych innych dochodów.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żyrardowie ul. Armii Krajowej 3 w celu przyznania pomocy finansowej na zakup leków. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym cel i sposób przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

Żyrardów, dnia …………………………… ……………………………………… (podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. oryginał faktury wystawionej przez aptekę …………… szt.,
2. kserokopia recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe ……………… szt.,
3. dokument/y potwierdzające dochody ……………… szt.,
4. inne dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy ……………… szt.
5. zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą chorobę ……………szt.
6. dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentowania osoby uprawnionej (np. pełnomocnictwo) ……………. szt.

**II część wniosku – wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żyrardowie**

1. Struktura rodziny/właściwe zaznaczyć:

- osoba samodzielnie gospodarująca

- 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

1. Kryterium dochodowe (wpisać właściwe)\*\* ……………….. zł
2. Poniesione wydatki na leki\*\*\* łącznie ………………… zł na ……… osoby/ osób uprawnionych w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku.
3. Kwota pomocy finansowej na leki …………………. zł – odpowiadająca wysokości 70%, 60%, 50% poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż 150 zł, 200 zł, 250 zł\*\*\*\*

Projekt decyzji o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Żyrardów, dnia ……………………………….

………………………………………………………………….

(podpis i pieczęć)

\*dochód osoby lub rodziny określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.)

\*\* 150% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej:

- dla osoby samotnie gospodarującej jest to kwota ……………… zł

- na osobę w rodzinie jest to kwota …………….. zł

\*\*\* wydatki powyżej 50 zł

\*\*\*\* niepotrzebne skreślić