

UCHWAŁA Nr VI /45 /19
RADY MIASTA ŻYRARDOWA
z dnia 21 lutego 2019r.

**w sprawie przyjęcia pilotażowego Programu osłonowego w zakresie zmniejszenia
wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Żyrardowa**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994, z późn.zm.) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 i art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn.zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się pilotażowy Program osłonowy w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Żyrardowa, w brzmieniu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Żyrardowa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIASTA ŻYRARDOWA

Ryszard Mirgos

PILOTAŻOWY PROGRAM OSŁONOWY W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW PONIESIONYCH NA LEKI PRZEZ MIESZKAŃCÓW ŻYRARDOWA

Rozdział I

CEL PROGRAMU

Celem Programu jest pomoc finansowa adresowana do osób przewlekle chorych znajdujących się w trudnej sytuacji bytowej i ponoszących wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza – zwanych dalej „osobami uprawnionymi”, będących mieszkańcami Żyrardowa.

Rozdział II

SPOSÓB REALIZACJI

§ 1.

Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki jest udzielana ze środków własnych budżetu gminy w ramach zadań własnych na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą”.

§ 2.

Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki następuje w drodze decyzji wydanej przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żyrardowie bądź inną osobę upoważnioną do wydawania decyzji administracyjnych w indywidualnych sprawach z zakresu pomocy społecznej należących do właściwości gminy.

§ 3.

Do wydatków poniesionych przez osoby uprawnione na zakup leków zalicza się wydatki na leki zlecone przez lekarza przy chorobach przewlekłych, których wydawanie odbywa się wyłącznie na podstawie recepty. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki nie obejmuje zakupu suplementów diety, surowców farmaceutycznych i

artykułów wydawanych bez recepty.

§ 4.

Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki przysługuje jeżeli osoba uprawniona spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) miesięczne wydatki na zakup leków w miesiącu złożenia wniosku przekroczyły kwotę 50 zł,
- 2) dochód osoby samotnie gospodarującej nie przekracza 150% kryterium dochodowego lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 150% kryterium dochodowego określonych odpowiednio zgodnie z art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 Ustawy.

§ 5.

Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków zleconych przez lekarza jest przyznawana w wysokości wydatków poniesionych na ten cel przez osobę uprawnioną lub uprawnionego członka rodziny w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, jednak łącznie nie może być wyższa od kwoty:

- 1) 70% poniesionych wydatków w danym miesiącu, nie więcej jednak niż 150 zł łącznie, w przypadku jednoosobowego gospodarstwa domowego ,
- 2) 60% poniesionych wydatków w danym miesiącu, nie więcej jednak niż 200 zł łącznie, w przypadku 2 osób w rodzinie,
- 3) 50% poniesionych wydatków w danym miesiącu, nie więcej jednak niż 250 zł łącznie, w przypadku 3 i większej liczby osób w rodzinie.

§ 6.

Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Żyrardowie na druku według wzoru stanowiącego załącznik do Programu, przy czym do wniosku należy dołączyć:

- 1) dokumenty potwierdzające wysokość dochodu osoby uprawnionej, a w przypadku osoby w rodzinie – potwierdzające wysokość dochodów rodziny (sposób ustalania i dokumentowania dochodu następuje zgodnie z przepisami Ustawy),
- 2) zaświadczenie lekarskie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty potwierdzające przewlekłą chorobę (zaświadczenie uznaje się za ważne przez okres 6 miesięcy od daty jego wydania),

- 3) oryginał faktury wystawionej przez aptekę, obejmującej jedynie leki wydawane wyłącznie na podstawie recepty, zawierającej: dane osoby, na rzecz której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanego leku, jego cenę i ogólną kwotę do zapłaty,
- 4) kserokopię recepty wystawionej na nazwisko osoby uprawnionej obejmującej leki wymienione w fakturze, a w przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowego dołączona do wniosku faktura lub kserokopia recepty powinna być uzupełniona adnotacją apteki potwierdzającą ten fakt.

§ 7.

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia zawiadamiając o tym wnioskodawcę.

§ 8.

1. W przypadku, gdy wniosek obejmuje więcej niż jedną osobę uprawnioną w rodzinie prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe, wnioskodawca składa jeden wniosek w imieniu wszystkich osób uprawnionych.
2. Pomoc, o której mowa w §1 ust.1 przyznawana jest nie częściej niż raz w miesiącu.

§ 9.

W uzasadnionych przypadkach decyzja o przyznaniu pomocy finansowej może być poprzedzona przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego.

§ 10.

Pomoc nie przysługuje, jeśli osobie uprawnionej lub członkowi jej rodziny pozostającemu we wspólnym gospodarstwie domowym w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, przyznano zasiłek celowy lub specjalny zasiłek celowy na leki albo jeśli osobie tej przyznano pomoc w formie posiłków, usług opiekuńczych i zostało zastosowane całkowite lub częściowe zwolnienie z odpłatności za te świadczenia z tytułu ponoszenia wydatków na leki i leczenie.

§ 11.

Pomoc nie przysługuje mieszkańcom domów pomocy społecznej, osobom przebywającym w szpitalu i innych instytucjach zapewniających całodobową opiekę i leczenie oraz osobom odbywającym karę pozbawienia wolności i tymczasowo aresztowanym.

§12.

1. W sprawach dotyczących przyznawania pomocy finansowej, nie uregulowanych w Programie, stosuje się przepisy Ustawy oraz Ustawy Kodeks postępowania administracyjnego.
2. Program osłonowy realizowany będzie w okresie od 01.04.2019 r. do 31.12.2019 r. nie dłużej jednak, niż do wyczerpania środków finansowych określonych na ten cel w budżecie Miasta Żyrardowa.

Rozdział III

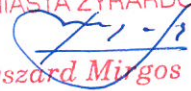
REALIZATOR PROGRAMU I WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA JEGO REALIZACJĘ

1. Realizatorem Programu jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żyrardowie.
2. Na realizację Programu przeznacza się w 2019 roku kwotę 100.000,00 złotych.

Rozdział IV.

EWALUACJA I OCENA

1. Informacja o realizacji Programu zostanie zamieszczona w sprawozdaniu rocznym Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żyrardowie po upływie okresu sprawozdawczego.
2. Koordynatorem Programu jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żyrardowie.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIASTA ŻYRARDOWA

Ryszard Mirgos

**WNIOSEK O PRYZNANIE 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 lekizł w miesiącu20.....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
3. Kryterium dochodowe (wpisać właściwe)** zł
4. Poniesione wydatki na leki*** łącznie zł na osoby/ osób uprawnionych w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku.
5. 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