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)

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 w celu przyznania pomocy finansowej na zakup leków. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne prawdą. Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym cel i sposób przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do 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. dokument potwierdzający uprawnienie do reprezentowania osoby uprawnionej (np. pełnomocnictwo, kopia postanowienia) ……………. 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 świadczenie:

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

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 2019 r. poz. 1507, z późn. zm)

\*\* 200 % 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