

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA
WYDATKÓW NA LEKI NA LATA 2022-2024**

1. WNIOSKODAWCA:
2. ADRES ZAMIESZKANIA LUB POBYTU:
3. PESEL:
4. TELEFON KONTAKTOWY:

5. Dane dotyczące Wnioskodawcy/rodziny Wnioskodawcy (osób spokrewnionych lub niespokrewnionych pozostających w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących):

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy, nauki	Dochód* uzyskany w miesiącu
		wnioskodawca			
Łączny dochód osoby/rodziny:					

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

7. Okoliczność/ci uprawniająca/e do pomocy**:

niezdolność do pracy z tytułu wieku / przewlekła choroba / niepełnosprawność

8. Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer:

...../odbiór gotówki
w kasie Urzędu Gminy Orla.

9. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Orla, dnia

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

- oryginał faktury wystawionej przez aptekę szt.,
- kserokopia recept/y lub wydruk informacji o recepcie/receptach w postaci elektronicznej wystawionych na nazwisko wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.,
- dokument/y potwierdzający/e dochody szt.,
- dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy szt.

Dalszą część wniosku wypełnia Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Orli:

1. Struktura rodziny (właściwie zaznaczyć) :

- osoba samotnie gospodarująca
- rodzina osobowa

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 właściwie: dla osoby samotnie gospodarującej lub rodziny)*** zł.

4. 5% dochodów własnych osoby samotnie gospodarującej/rodziny **zł.

5. Poniesione wydatki na leki zł na osobę/y uprawnioną/e w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku.

6. 50% wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym złożenie wnioskuzł, przy czym kwota nie może być wyższa niż kryterium dochodowe na osobę w rodzinie wynikające z art. 8 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

.....

(data, pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

Rozstrzygnięcie o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki:

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

.....

(data, pieczęć i podpis kierownika/z-cy kierownika GOPS w Orli)

* Źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 z późn. zm.), 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.

*** 230 % kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej.

