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

Wnioskodawca ........................................................................................

 (imię i nazwisko, data urodzenia)

PESEL ……………………………………

Adres zamieszkania: 15-......... Białystok, ul...............................................................................

tel. ...........................

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Rok urodzenia | Źródło dochodu\* (utrzymania)rodzaj | Dochód\* uzyskany w miesiącu .......... |
|  |  | wnioskodawca |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączny dochód osoby/rodziny** |  |

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącupoprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:

………………………………..r. - ..................... zł

Okoliczność/ci uprawniająca/e do pomocy: niezdolność do pracy z tytułu wieku/przewlekła choroba/niepełnosprawność\*\*

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer: …………………………………………….…................./odbiór gotówki w kasie MOPR\*\*

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (podstawa prawna: art. 233 § 1 Kodeksu karnego).

Białystok, dnia .......................... 201…… r.

 …...................................

 (podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

* oryginał faktury wystawionej przez aptekę ……………. szt.,
* kserokopia recept/y 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku

1. Struktura rodziny (właściwe zaznaczyć):
* osoba samotnie gospodarująca
* rodzina …….. osobowa
1. 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: dla osoby samotnie gospodarującej lub rodziny)\*\*\* …………………. zł
4. Poniesione wydatki na leki (powyżej 30 zł łącznie) ……………………. zł na ……. osobę/y uprawnioną/e w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku
5. Kwota 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)

 Zatwierdzony przez kierownika Zespołu Pracowników Socjalnych plan pomocy finansowej:

…………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………….

 (data, pieczęć i podpis kierownika/z-cy kierownika Zespołu Pracowników Socjalnych)

\* źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art.8 ustawy o pomocy społecznej
z dnia 12 marca 2004 r. (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1508), 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 200% lub 175% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej