

UCHWAŁA NR XLVII/598/2018
RADY MIEJSKIEJ W SUPRAŚLU
z dnia 13 listopada 2018 r.

**w sprawie zmiany uchwały w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w
zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy
Supraśl na 2019 r.**

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, poz. 1000, poz. 1349, poz. 1432) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1508, poz. 1693) – uchwala się, co następuje:

§1. W uchwale Nr XLVI/573/2018 Rady Miejskiej w Supraślu z dnia 20 września 2018 r. w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszania wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Supraśl na 2019 r. (Dz. Urz. Woj. Podl. poz. 3934) Załącznik Nr 1 do Programu osłonowego w zakresie zmniejszania wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Supraśl na 2019 r., stanowiącego załącznik do uchwały, otrzymuje brzmienie jak załącznik do niniejszej uchwały.

§2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Supraśla.

§3. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego.

§4. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

Przewodnicząca Rady

mgr Monika Suszczyńska

WNIOSEK
o przyznanie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia
wydatków na leki

Własnoręczne oświadczenie wnioskodawcy o treści: „Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”

Oświadczam, że w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku nie byłem/am mieszkańcem domu pomocy społecznej lub pensjonatu, nie przebywałem/am w szpitalu, zakładzie karnym, areszcie śledczym i innych instytucjach i placówkach zapewniających leczenie i całodobową opiekę oraz nie korzystałem/am z zasiłków celowych i specjalnych celowych na zakup leków i częściowe pokrycie kosztów leczenia w ramach świadczeń wypłaconych zgodnie z ustawą o pomocy społecznej.

Do wniosku dołączam następujące załączniki:

- oryginał/y faktur wystawionych przez aptekę.....szt.
- kserokopię / je recept/y na nazwisko wnioskodawcyszt.
- dokument/y potwierdzający/e dochody.....szt.
- dokumenty potwierdzające uprawnienia do pomocyszt.
- inne

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Część wniosku wypełniana przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Supraślu

1. Skład rodziny (odpowiednie zaznaczyć)- kryterium do korzystania z programu osłonowego

- osoba samotnie gospodarująca -.....zł

- rodzinaosobowa -zł

Łączny dochód osoby lub rodziny, ustalony zgodnie z art.8 ustawy o pomocy społecznej	
Dochód na osobę w rodzinie	
Wydatki na leki recepturowe w okresie rozliczeniowym.....	
50% wydatków na leki recepturowe w okresie rozliczeniowym.....	
Kwota pomocy finansowej, nie więcej niż 100% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art.8 ust.1 pkt.2 ustawy o pomocy społecznej, tj. nie więcej niż.....	zł. Słownie:.....

2. Nie potwierdzono za zgodność z oryginałem kserokopii recept dołączonych do wniosku ponieważ wnioskodawca wykonał je we własnym zakresie.

Sporządził:.....

Projekt decyzji o przyznaniu / odmowie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na

leki.....

.....

.....

.....

Supraśl, dnia

.....
(pieczęć i podpis Kierownika MOPS lub osoby upoważnionej)

