

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ NA ZAKUP LEKÓW DLA MIESZKAŃCÓW GMINY TRZEBINIA Z PROGRAMU OSŁONOWEGO

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

2. Pesel wnioskodawcy.....

3. Adres zamieszkania wnioskodawcy.....

4. Osoby uprawnione do przyznania pomocy finansowej na zakup leków:

.....

.....

.....

.....

5. Okoliczności uprawniające do pomocy (właściwe podkreślić):

- a) przewlekła choroba,
- b) niepełnosprawność.

6. Dane dotyczące wnioskodawcy/rodziny wnioskodawcy (właściwe podkreślić):

- a) jestem osobą samotnie gospodarującą,
- b) jestem osobą w rodzinie.

Do wniosku należy dołączyć:

1. Dokumenty potwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyznanie pomocy finansowej na zakup leków z miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku, a w przypadku osoby w rodzinie potwierdzające wysokość dochodów rodziny.¹
2. W przypadku osoby przewlekłe chorej – zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą chorobę.
3. W przypadku osoby niepełnosprawnej – aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o niezdolności do pracy wystawione przez lekarza orzecznika ZUS
4. Oryginały faktur wystawionych przez aptekę, obejmujące leki zlecone przez lekarza.

.....

podpis pracownika przyjmującego wniosek

.....

podpis wnioskodawcy

¹Dochód jest określany zgodnie z art.8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 poz. 901 ze zm.)