

**UCHWAŁA NR LVIII/469/22
RADY MIEJSKIEJ W ŁAPACH**

z dnia 26 sierpnia 2022 r.

**w sprawie zmiany uchwały Nr XXX/242/20 Rady Miejskiej w Łapach z dnia 18 grudnia 2020 r.
w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych
na leki przez mieszkańców Gminy Łapy na lata 2021-2023**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 559; zm.: Dz. U. z 2022 r. poz. 583, 1005 i poz. 1079.) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 i art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268; zm.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1296, poz. 1981 i poz. 2270 oraz z 2022 r. poz. 1, poz. 66 i poz. 1079) Rada Miejska w Łapach uchwała, co następuje:

§ 1. Zmienia się uchwałę Nr XXX/242/20 Rady Miejskiej w Łapach z dnia 18 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Łapy na lata 2021-2023 (Dz. Urz. Woj. Podlaskiego z 2020 roku poz. 5428) w ten sposób, iż załącznikowi do „Gminnego Programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Łapy” nadaje się brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Łap.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego.

PRZEWODNICZĄCY RADY

Dariusz Wincenciak

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY LEKOWEJ

Wnioskodawca

.....
(imię i nazwisko)

PESEL

Numer dowodu osobistego

Adres zamieszkania

Liczba ha przeliczeniowych

Dane dotyczące członków rodziny i osób wspólnie gospodarujących i prowadzących gospodarstwo domowe:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodzenia	Okoliczność uprawniająca do pomocy	Dochód uzyskany w miesiącu
		wnioskodawca			

Łączny dochód osoby/rodziny zł

Dochód osoby/na osobę w rodzinie zł

Wysokość poniesionych wydatków na leki zł

w miesiącu/ach roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto / przekazem pocztowym

numer konta:

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

Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych innych dochodów.

Załączniki do wniosku:

- 1) Oryginał faktury wystawionej przez aptekę szt.
- 2) Kserokopia recepty lub e-recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe
- 3) Dokument/y potwierdzające dochody
- 4) Dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy szt.

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Łapy, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

Dalszą część wniosku wypełnia Centrum Usług Społecznych w Łapach.

1. Struktura rodziny (właściwe zaznaczyć):

- osoba samotnie 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

3. *Kryteria dochodowe/właściwe zaznaczyć/ zł

4. **Poniesione wydatki na leki łącznie: zł

na osób uprawnionych w okresie od do

5. Kwota pomocy finansowej na leki zł

(odpowiadająca wysokości poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż zł, tj. 30%, 40%, 60%*** kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art. 8 ust. 1 pkt. 2 ustawy o pomocy społecznej)

Plan pomocy na rzecz osoby lub rodziny:

- Przyznaję pomoc finansową na zakup leków w miesiącu, w wysokościzł
- Odmawiam przyznania pomocy finansowej na zakup leków

.....
(pieczęć i podpis pracownika CUS w Łapach)

.....
(pieczęć i podpis Organizatora pomocy społecznej)

Łapy, dnia

*200% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej.

** wydatki powyżej 30 zł

*** niepotrzebne skreślić