

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 52/IX/15

Rady Miejskiej Łomży

z dnia 27 maja 2015 r.

**MIEJSKI PROGRAM OSŁONOWY W ZAKRESIE POMOCY FINANSOWEJ NA ZAKUP  
LEKÓW DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA ŁOMŻA NA LATA 2015-2017**



***MIEJSKI PROGRAM OSŁONOWY  
W ZAKRESIE POMOCY FINANSOWEJ NA ZAKUP LEKÓW  
DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA ŁOMŻA  
NA LATA 2015-2017***

*Łomża dnia 27.05.2015*

## **Rozdział 1. CEL PROGRAMU**

Celem programu jest pomoc finansowa adresowana do mieszkańców Miasta Łomża - osób niezdolnych do pracy z tytułu wieku (tj. osób, które osiągnęły wiek emerytalny zgodnie z ustawą z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – Dz. U. Z 2013 r. poz. 1440, z późn. zm.), osób przewlekle chorych w wieku produkcyjnym, osób niepełnosprawnych znajdujących się w trudnej sytuacji bytowej i ponoszących wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza – zwanych dalej osobami uprawnionymi.

## **Rozdział 2. SPOSÓB REALIZACJI**

1. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki jest udzielana ze środków własnych budżetu Miasta Łomża w ramach zadań własnych gminy na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013, poz. 182 z późn. zm. ), zwanej dalej ustawą.

2. Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki następuje w drodze decyzji wydanej przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka pomocy Społecznej w Łomży, bądź inną osobę upoważnioną na podstawie art.110 ust. 8 ustawy. Wydana decyzja nie ma charakteru decyzji administracyjnej.

3. Pomoc finansowa w ramach niniejszego programu jest udzielana do wyczerpania zabezpieczonych środków finansowych w budżecie na ten cel na dany rok budżetowy.

4. Do wydatków poniesionych przez osoby uprawnione na zakup leków zalicza się wydatki na leki zlecone przez lekarza na podstawie recepty.

5. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki przysługuje, jeżeli:

- a) miesięczne wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza osobom uprawnionym w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku przekroczyły kwotę 50 zł,
- b) dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 200% kryterium dochodowego dochodowego określonego odpowiednio zgodnie z art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

6. Pomoc finansowa na zakup leków zleconych przez lekarza (pierwszego kontaktu lub specjalistę) jest przyznawana w wysokości wydatków poniesionych na ten cel przez osobę uprawnioną lub uprawnionego członka rodziny w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, jednak łącznie nie może być wyższa od :

- a) 70% poniesionych wydatków w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, nie więcej jednak niż 150 zł, w przypadku jednoosobowego gospodarstwa domowego;
- b) 60 % poniesionych wydatków w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, nie więcej jednak niż 200 zł łącznie, w przypadku 2 osób w rodzinie
- c) 50 % poniesionych wydatków w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, nie więcej jednak niż 250 zł łącznie, w przypadku 2 osób w rodzinie i większej liczby osób w rodzinie.;

7. Pomoc finansowa na leki jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej, jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łomży ul. Dworna 23 b, na druku według wzoru stanowiącego załącznik do programu, przy czym do wniosku należy dołączyć:

- a) dokumenty potwierdzające wysokość dochodu osoby uprawnionej, a w przypadku osoby w rodzinie potwierdzające wysokość dochodów rodziny (sposób ustalania i dokumentowania dochodu – zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej);

- b) w przypadku osób przewlekle chorych w wieku produkcyjnym – zaświadczenie lekarskie lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty potwierdzające przewlekłą chorobę (zaświadczenie będzie uwzględnione przez okres 6 miesięcy od daty jego wydania);
- c) w przypadku osób niepełnosprawnych – ważne orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, albo w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności (orzeczenie dołączone do pierwszego wniosku o udzielenie pomocy na leki będzie uwzględnione również przy następnych wnioskach do upływu okresu jego ważności);
- d) oryginał faktury wystawionej przez aptekę, obejmującej jedynie leki wydane na podstawie recepty, zawierającej: dane osoby, na rzecz której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanego leku, jego cenę i ogólną kwotę do zapłaty;
- e) kserokopię recepty wystawionej na nazwisko osoby uprawnionej obejmującej leki wymienione w fakturze.

8. W przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowego dołączone do wniosku faktura lub kserokopia recepty powinna być uzupełniona adnotacją apteki potwierdzającą ten fakt.

9. W przypadku, gdy wniosek obejmuje więcej niż jedną osobę uprawnioną w rodzinie prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe, wnioskodawca składa jeden wniosek w imieniu wszystkich osób uprawnionych. Wniosek składa się nie częściej niż raz w miesiącu.

10. W uzasadnionych przypadkach decyzja o przyznaniu pomocy finansowej może być poprzedzona przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego.

11. Pomoc nie przysługuje, jeżeli osobie uprawnionej lub członkowi jej rodziny pozostającemu we wspólnym gospodarstwie domowym w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku przyznano zasiłek celowy lub specjalny zasiłek celowy na leki albo jeżeli osobie przyznano pomoc w formie posiłków, usług opiekuńczych i zostało zastosowane całkowite lub częściowe zwolnienie z odpłatności za te świadczenia z tytułu ponoszenia wydatków na leki.

12. Pomoc nie przysługuje mieszkańcom domów pomocy społecznej, osobom przebywającym w szpitalu i innych instytucjach zapewniających całodobową opiekę i leczenie oraz osobom odbywającym karę pozbawienia wolności i tymczasowo aresztowanym, z wyłączeniem osób odbywających karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

13. Wniosek złożony bez wymaganych załączników i nie spełniający warunków programu pozostawia się bez rozpatrzenia.

14. W sprawach dotyczących przyznawania pomocy finansowej, nie uregulowanych w niniejszym programie, stosuje się przepisy ustawy o pomocy społecznej.

15. Program osłonowy będzie realizowany w okresie od 1 czerwca 2015 do 31 grudnia 2017 r.

### **Rozdział 3. REALIZATOR PROGRAMU**

1. Realizatorem programu jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łomży.
2. Koordynatorem Programu jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łomży.

### **Rozdział 4. EWALUACJA I OCENA**

Informacja o realizacji programu zostanie zamieszczona w sprawozdaniu rocznym Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej składanym Radzie Miejskiej w Łomży odpowiednio za lata 2015-2017.

*Załącznik do Programu osłonowego w zakresie pomocy finansowej  
na zakup leków dla mieszkańców miasta Łomża*

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ NA ZAKUP LEKÓW DLA  
MIESZKAŃCÓW MIASTA ŁOMŻA Z PROGRAMU OSŁONOWEGO**

**I Część wniosku - wypełnia Wnioskodawca**

Wnioskodawca .....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

PESEL.....

Adres zamieszkania: 18- Łomża, ul.....

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

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Data urodzenia	Źródło* dochodu (utrzymania) rodzaj	Dochód* uzyskany w miesiącu .....
		wnioskodawca			

Łączny dochód\* osoby/rodziny.....

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:

.....20..... r. - ..... zł

Okoliczność/ci uprawniające do pomocy: nie zdolność do pracy z tytułu wieku, przewlekła choroba, niepełnosprawność\*\*

Przyznana pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer...../ odbiór gotówki w kasie MOPS.

**Oświadczenie:**

1. Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych innych dochodów.

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

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łomży moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Łomża, dnia .....

(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.

## II Część wniosku - wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łomży

### 1. Struktura rodziny\*\*:

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 dla osoby samotnej lub rodziny)\*\*\*.....zł.

4. Poniesione wydatki na leki (powyżej 60 zł. łącznie) .....zł. na .....osób uprawnionych w miesiącu..... poprzedzającym złożenia wniosku.

5. Kwota pomocy finansowej na leki .....zł. - odpowiadająca wysokości poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż .....zł. tj. 50 %, 60 %, 70 % \*\*

6.  Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

7.  Wniosek nie spełnia warunków programu pozostawia się bez rozpatrzenia.

Projekt decyzji o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia:

.....

.....  
data, pieczęć i podpis prac. Socjalnego

.....  
data, pieczęć i podpis Dyrektora MOPS

\* źródło dochodu/dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.) w tym liczba ha przeliczeniowych należących do wnioskodawcy lub osób wspólnie gospodarujących, z wyłączeniem użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego łącznie

\*\* właściwe zaznaczyć.

\*\*\* 200 % kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust.1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej.