

**Załącznik do uchwały Nr XXI/190/16 Rady Miejskiej w Gryfinie
z dnia 28 kwietnia 2016 r.**

**GMINNY PROGRAM OSŁONOWY W ZAKRESIE ZMNIEJSZANIA WYDATKÓW
PONIESIONYCH NA LEKI PRZEZ MIESZKAŃCÓW GMINY GRYFINO**

Rozdział 1

CEL PROGRAMU

Celem programu jest pomoc finansowa adresowana do mieszkańców Gminy Gryfino – osób niepełnosprawnych lub przewlekle chorych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej i ponoszących wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza – zwanych dalej „osobami uprawnionymi”.

Rozdział 2

SPOSÓB REALIZACJI

§ 1

1. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszania wydatków poniesionych na leki jest udzielana ze środków własnych Gminy Gryfino 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. 2015 r. Nr 163 ze zm.), zwanej dalej „ustawa”.

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

§ 2

- 1.** Program jest realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gryfinie
- 2.** Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej, o której mówi § 1 następuje w drodze decyzji wydanej przez Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Gryfinie lub inną osobę upoważnioną na podstawie art 110 ust. 8 ustawy.

§3

1. Do wydatków na zakup leków zalicza się wydatki osoby uprawnionej na leki zlecone przez lekarza na podstawie recepty.

2. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszania poniesionych wydatków na leki przysługuje, jeżeli:

- a)** miesięczne wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza osobom uprawnionym, w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku lub w miesiącu złożenia wniosku, przekroczyły kwotę **30 zł**,
- b)** dochód osoby samotnie gospodarującej nie przekracza **250 %** kryterium dochodowego, a dochód na osobę w rodzinie nie przekracza **200%** kryterium dochodowego określonych odpowiednio przez art. 8 ust.1 pkt 1 i 2 (zweryfikowanych zgodnie z art. 9) ustawy.

§4

1. Pomoc finansowa w zakresie wydatków poniesionych na zakup leków zleconych przez lekarza przyznawana jest w wysokości poniesionych na ten cel wydatków w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku lub z miesiąca złożenia wniosku. Pomoc dla osoby/rodziny nie może przekraczać miesięcznie odpowiednio kwoty:

- a)** 30 % kryterium dla osoby samotnie gospodarującej,
- b)** 30 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie w przypadku 1 osoby uprawnionej,
- c)** 50 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (łącznie) w przypadku 2 osób uprawnionych,
- d)** 60 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (łącznie) w przypadku 3 i większej liczby osób uprawnionych.

§5

1. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszania wydatków poniesionych na leki jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej lub jej przedstawiciela ustawowego złożony w Ośrodku Pomocy Społecznej w Gryfinie na druku, który stanowi załącznik do niniejszego programu. Do wniosku należy dołączyć:

- a)** dokumenty potwierdzające wysokość dochodu osoby uprawnionej, a w przypadku osoby w rodzinie potwierdzające wysokość dochodów rodziny, przy czym dochód ustala się zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej,
- b)** zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza potwierdzające przewlekłą chorobę (zaświadczenie może być uwzględniane przy kolejnych wnioskach przez okres 6 miesięcy od daty jego wydania) lub
- c)** w przypadku osób niepełnosprawnych –orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie równorzędne,
- d)** oryginał faktury wystawionej przez aptekę, obejmującej leki wydane na podstawie recepty, zawierającej : dane osoby, na rzecz której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanych leków i ich cenę;
- e)** kserokopia recepty wystawionej na nazwisko osoby uprawnionej obejmującej leki wymienione w fakturze.

2. W przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowanego dołączone do wniosku faktura lub kserokopia recepty powinna być uzupełniona w adnotację apteki potwierdzającą ten fakt.

§6

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

§7

1. 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.

2. W uzasadnionych przypadkach przyznanie pomocy finansowej może być poprzedzone przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego.

3. Pomoc na podstawie niniejszego programu nie przysługuje, jeżeli osobie uprawnionej przyznany został na ten cel zasiłek celowy lub specjalny zasiłek celowy w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku.

4. 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.

5. W przypadku złożenia wniosku w zakresie zmniejszania wydatków poniesionych na zakup leków po 10 dniu miesiąca, pomoc za dany miesiąc wypłaca się najpóźniej do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono wniosek.

§8

W sprawach dotyczących przyznawania pomocy finansowej, nieuregulowanych w niniejszym programie, stosuje się przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przepisy kodeksu postępowania administracyjnego.

Rozdział 3

OCENA PROGRAMU

Ośrodek Pomocy Społecznej składa Radzie Miejskiej w Gryfinie sprawozdanie z realizacji programu łącznie z corocznym sprawozdaniem z działalności Ośrodka oraz przedstawienia potrzeb w zakresie pomocy społecznej.

**Załącznik do Gminnego programu
osłonowego w zakresie zmniejszania
wydatków poniesionych na leki przez
mieszkańców Gminy Gryfino**

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia
wydatków na leki**

I część wniosku - wypełnia wnioskodawca

Wnioskodawca:.....
(imię, nazwisko, data urodzenia)

PESEL.....

Adres zamieszkania

Dane dotyczące rodziny i innych osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa wnioskodawca	Data urodzenia/PESEL	Dochód z miesiąca

Łączny dochód *osoby/rodziny.....

Dochód na osobę w rodzinie

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu przez:

1 osoba uprawniona.....

2 osoba uprawniona.....

3 osoba uprawniona.....

4 osoba uprawniona.....

Łączna wysokość wydatków na leki:.....

Forma realizacji:

-wypłata w kasie OPS w Gryfinie

-pomoc proszę przekazać na rachunek bankowy numer (nazwisko i imię właściciela konta)****

.....

		-				-					-					-				-					
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Oświadczenie:

1.Oświadczam, że nie posiadam żadnych innych dochodów.

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

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gryfinie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku zgodnie z ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2015 r. poz. 2135 ze zmianami)

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Gryfino, dnia

.....

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku :

- oryginał faktur wystawionych przez aptekęszt.,
- 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: zaświadczenie lekarskie/orzeczenieszt.

II część wniosku – wypełnia Ośrodek Pomocy Społecznej

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. Kryterium dochodowe(wpisać właściwe) **zł

4. Poniesione wydatki na leki łączniezł naosób.***

5. Kwota pomocy finansowej na leki.....zł – odpowiadająca wysokości poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż 30%,50%,60% kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art. 8 ust. 1 pkt. 2 ustawy o pomocy społecznej****

.....

Przyznanie lub odmowa świadczenia:

.....

Gryfino, dnia

.....

(pieczęć i podpis dyrektora OPS)

*dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r (Dz.U. z 2015 r. poz. 163 ze zm.)

** 250% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej dla osoby samotnie gospodarującej lub 200% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie

*** wydatki powyżej 30 zł

**** niepotrzebne skreślić