

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ „NA ZDROWIE SENIORZE”

Wnioskodawca

.....
(imię i nazwisko)

PESEL.....

Numer dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania

.....

Nr telefonu.....

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

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Źródło, rodzaj dochodu* (utrzymania)	Dochód uzyskany w miesiącu października 2025r.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Liczba ha przeliczeniowychha

Proszę o wypłatę przelewem na konto bankowe

numer konta

.....

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że :

1. Ukończyłam 60 rok życia/ ukończyłem 65 rok życia *(właściwe zaznaczyć)
2. Jestem mieszkańcem gminy Mszana Dolna i jestem zameldowanym na pobyt stały w tej gminie.
3. Zawarte we wniosku dane są prawdziwe. W przypadku ich zmiany oraz zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mszanie Dolnej.
4. Uzyskałem / nie uzyskałem * dofinansowanie na ten cel z innego źródła lub lekarstwa nieodpłatnie, w szczególności w czasie przybywania w szpitalu, domu pomocy społecznej I innych instytucjach zapewniających całodobową opiekę i leczenie.
5. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
(podstawa prawna: art. 233 § 1 Kodeksu karnego).
6. Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych innych dochodów.

Załączniki do wniosku:

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

Mszana Dolna, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

Część wniosku wypełnia Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mszanie Dolnej

1. Struktura rodziny (właściwie zaznaczyć):

☐ osoba samotnie gospodarująca

☐ rodzina osobowa

2. Liczba osób uprawnionych

3. Łączny dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy

społecznej zł; dochód na osobę w rodzinie zł

4. Kryterium dochodowe (wpisać właściwe: dla osoby samotnie gospodarującej lub rodziny)**

5. Wydatki na leki poniesione od zł

na osobę/y uprawnioną/e

6. Kwota przyznanej pomocy finansowej na leki zł

.....

(data, pieczęć i podpis pracownika)

Plan pomocy finansowej zatwierdzony przez kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mszanie Dolnej

.....

.....

.....

(data, pieczęć i podpis Kierownika GOPS)