Załącznik do Zarządzenia
Nr 0050.23.2016.
Burmistrza Miasta i Gminy Gryfino
z dnia 23 lutego 2016 r.

ANKIETA

skierowana do mieszkańców Gminy Gryfino dotycząca
wprowadzenia „Gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Gryfino”.

1. Czy uważa Pani/Pan za zasadne wprowadzenie „Gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Gryfino”?

   Tak …. Nie …. Nie wiem ….

   (przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak x)

2. Proszę o uwagi dotyczące ww. programu:

   ……...
   ……...
   ……...
   ……...
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..

Szczegóły w załączonym „Gminnym programie osłonowym w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Gryfino”.

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 na zwrot 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. Realizatorem programu jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Gryfinie.
2. Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej, o której mowa § 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 50 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, jednak łącznie nie może być wyższa od kwoty:

a) 30 % kryterium dla osoby samotnie gospodarującej tj. 190,20 zł,

b) 30 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie w przypadku jednej osoby uprawnionej tj. 154,20 zł,

c) 50 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (łącznie) w przypadku dwóch osób uprawnionych tj. 257 zł,

d) 60 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (łącznie) w przypadku trzech i większej liczby osób uprawnionych tj. 308,40 zł.

§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) kserokopie recept wystawionych na nazwisko osoby uprawnionej obejmujących leki wymienione w fakturze.

2. W przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowanego dołączona do wniosku faktura lub kserokopia recepty powinna być uzupełniona adnotacją 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.

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 sprawie zwrotu kosztów poniesionych na zakup leków po 10 dniu miesiąca, zwrot za dany miesiąc wypłaca się najpóźniej do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono wniosek.

§8

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

Rozdział 3

OCENA PROGRAMU

Ośrodek Pomocy Społecznej w Gryfinie 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 program 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 i 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 ……..…… (wymienić)

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:

1) wypłata w kasie OPS w Gryfinie

2) przelew na wskazany 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 :

- oryginały faktur wystawionych 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: zaświadczenie lekarskie/orzeczenie …….szt.

II. Cześć 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 łącznie*** ……..……..zł na ……osób.

5. Kwota pomocy finansowej na leki ……. zł – odpowiadająca wysokości poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż 190,20 zł, 154,20 zł, 257 zł, 308,40 zł****.

……..

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 jest to kwota 1585 zł lub 200% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie jest to kwota 1028,00 zł.

*** wydatki powyżej 10 zł

**** niepotrzebne skreślić