

Do wniosku dołączam następujące załączniki:

- oryginał/y faktur wystawionych przez aptekę.....szt.
- dokument/y potwierdzający/e dochody.....szt.
- dokumenty potwierdzające uprawnienia do pomocy szt.
- inne

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Część wniosku wypełniana przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Supraślu

1. Skład rodziny (odpowiednie zaznaczyć)- kryterium do korzystania z programu osłonowego
- osoba samotnie gospodarująca -.....zł
 - rodzina osobowa - zł

Łączny dochód osoby lub rodziny, ustalony zgodnie z art.8 ustawy o pomocy społecznej	
Dochód na osobę w rodzinie	
Wydatki na leki recepturowe w okresie rozliczeniowym.....	
50% wydatków na leki recepturowe w okresie rozliczeniowym.....	
Kwota pomocy finansowej, nie więcej niż 100% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art.8 ust.1 pkt.2 ustawy o pomocy społecznej, tj. nie więcej niż.....	zł. Słownie:.....

2. Nie potwierdzono za zgodność z oryginałem kserokopii recept dołączonych do wniosku ponieważ wnioskodawca wykonał je we własnym zakresie.

Sporządził:.....

Projekt decyzji o przyznaniu / odmowie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki.....

.....
.....
.....

Supraśl, dnia

.....
(pieczęć i podpis Kierownika MOPS lub osoby upoważnionej)