



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

---

Białystok, dnia 5 września 2022 r.

Poz. 3786

### UCHWAŁA NR LVIII/469/22 RADY MIEJSKIEJ W ŁAPACH

z dnia 26 sierpnia 2022 r.

**w sprawie zmiany uchwały Nr XXX/242/20 Rady Miejskiej w Łapach z dnia 18 grudnia 2020 r.  
w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych  
na leki przez mieszkańców Gminy Łapy na lata 2021-2023**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 559; zm.: Dz. U. z 2022 r. poz. 583, 1005 i poz. 1079) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 i art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268; zm.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1296, poz. 1981 i poz. 2270 oraz z 2022 r. poz. 1, poz. 66 i poz. 1079) Rada Miejska w Łapach uchwala, co następuje:

**§ 1.** Zmienia się uchwałę Nr XXX/242/20 Rady Miejskiej w Łapach z dnia 18 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Łapy na lata 2021-2023 (Dz. Urz. Woj. Podlaskiego z 2020 roku poz. 5428) w ten sposób, iż załącznikowi do „Gminnego Programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Łapy” nadaje się brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Łap.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego.

**Przewodniczący Rady**  
**Dariusz Wincenciak**

Załącznik do Programu osłonowego na lata 2021-2023  
w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki  
przez mieszkańców Gminy Łapy

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY LEKOWEJ

Wnioskodawca

.....  
(imię i nazwisko)

PESEL

Numer dowodu osobistego .....

Adres zamieszkania .....

Liczba ha przeliczeniowych .....

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

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodzenia	Okoliczność uprawniająca do pomocy	Dochód uzyskany w miesiącu .....
		wnioskodawca			

Łączny dochód osoby/rodziny ..... zł

Dochód osoby/na osobę w rodzinie ..... zł

Wysokość poniesionych wydatków na leki ..... zł

w miesiącu/ach ..... roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto / przekazem pocztowym

numer konta: .....

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

Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych innych dochodów.

## Załączniki do wniosku:

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

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Łapy, dnia .....

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Dalszą część wniosku wypełnia Centrum Usług Społecznych w Łapach.**

## 1. Struktura rodziny (właściwie 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. \*Kryteria dochodowe/właściwie zaznaczyć/ ..... zł

## 4. \*\*Poniesione wydatki na leki łącznie: ..... zł

na ..... osób uprawnionych w okresie od ..... do .....

## 5. Kwota pomocy finansowej na leki ..... zł

(odpowiadająca wysokości poniesionych udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż ..... zł, tj. 30%, 40%, 60%\*\*\* kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art. 8 ust. 1 pkt. 2 ustawy o pomocy społecznej)

**Plan pomocy na rzecz osoby lub rodziny:**

- Przyznaję pomoc finansową na zakup leków w miesiącu ....., w wysokości ..... zł
- Odmawiam przyznania pomocy finansowej na zakup leków

.....  
(pieczęć i podpis pracownika CUS w Łapach)

.....  
(pieczęć i podpis Organizatora pomocy społecznej)

Łapy, dnia .....

\*200% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej.

\*\* wydatki powyżej **30 zł**

\*\*\* niepotrzebne skreślić