



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Gdańsk, dnia 17 czerwca 2025 r.

Poz. 2413

UCHWAŁA NR XVII/126/2025 RADY GMINY GNIEWINO

z dnia 6 czerwca 2025 r.

w sprawie przyjęcia lokalnego Programu osłonowego w zakresie pomocy finansowej na zakup leków dla mieszkańców gminy Gniewino

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.) w związku z art. 8 ust. 2, 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 2024 r. poz. 1283 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Program osłonowy w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków przez mieszkańców Gminy Gniewino w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Podwyższa się do 500% kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej dla celów przyznawania pomocy w formie świadczenia pieniężnego z lokalnego Programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków przez mieszkańców Gminy Gniewino.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Gniewino.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Pomorskiego.

Przewodniczący Rady Gminy

Krystian Treder

Załącznik do uchwały Nr XVII/126/2025
Rady Gminy Gniewino
z dnia 6 czerwca 2025 r.

PROGRAM OSŁONOWY W ZAKRESIE POMOCY FINANSOWEJ NA ZAKUP LEKÓW DLA MIESZKAŃCÓW GMINY GNIEWINO

Rozdział I CEL I ADRESACI PROGRAMU

§ 1.

Celem programu jest pomoc finansowa adresowana do kobiet od 60 roku życia oraz mężczyzn od 65 roku życia, przewlekle chorych znajdujących się w trudnej sytuacji bytowej i ponoszących wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza - zwanych dalej „osobami uprawnionymi”, będących mieszkańcami gminy Gniewino.

Rozdział II SPOSÓB REALIZACJI

§2.

Jednorazowa pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków jest udzielana raz w roku ze środków własnych Gminy Gniewino w ramach zadań własnych na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.), zwanej dalej „Ustawą”.

§3.

Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na zakup leków następuje w drodze decyzji wydanej przez kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gniewinie bądź inną osobę upoważnioną do wydawania decyzji administracyjnych lub informacji w indywidualnych sprawach z zakresu pomocy społecznej należących do właściwości gminy.

§4.

Do wydatków poniesionych przez osoby uprawnione na zakup leków zalicza się wydatki na leki zlecone przez lekarza przy chorobach przewlekłych, których wydawanie odbywa się wyłącznie na podstawie recepty oraz wydatki na wyroby medyczne. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki oraz wyroby medyczne nie obejmuje zakupu paraleków i artykułów wydawanych bez recepty

§5.

Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki przysługuje, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej nie przekracza 500% kryterium dochodowego lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 500% kryterium dochodowego określonych odpowiednio zgodnie z art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 Ustawy.

§6.

Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków zleconych przez lekarza jest przyznawana w wysokości wydatków poniesionych na ten cel przez osobę uprawnioną lub uprawnionego członka rodziny jednak łącznie nie może być wyższa od kwoty:

<u>Posiadane dochody</u>	<u>wysokość dopłaty</u>
0-2020zł.	800 zł.
2020 zł. -3030 zł.	600 zł.
3030 zł. -5050zł.	300zł.

§7.

Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej lub jej przedstawiciela ustawowego, złożony w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Gniewinie na druku według wzoru stanowiącego załącznik do programu, przy czym do wniosku należy dołączyć:

- 1/ dokumenty potwierdzające wysokość dochodu osoby uprawnionej, a w przypadku osoby w rodzinie - potwierdzające wysokość dochodów rodziny (sposób ustalania i dokumentowania dochodu następuje zgodnie z przepisami Ustawy),
- 2/ zaświadczenie lekarskie lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty potwierdzające przewlekłą chorobę (zaświadczenie będzie ważne przez okres 6 miesięcy od daty jego wydania) lub
- 3/ oryginał faktury wystawionej przez aptekę, obejmującej jedynie leki wydawane wyłącznie na podstawie recepty, zawierającej: dane osoby, na rzecz której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanego leku, jego cenę i ogólną kwotę do zapłaty,
- 4/ kserokopię recepty lub kod e-recepty wystawionej na nazwisko osoby uprawnionej obejmującej leki wymienione w fakturze, a w przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowego dołączona do wniosku faktura lub kserokopia recepty powinna być uzupełniona adnotacją apteki potwierdzającą ten fakt.

§8.

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia zawiadamiając o tym wnioskodawcę.

§9.

W przypadku, gdy wniosek obejmuje więcej niż jedną osobę uprawnioną w rodzinie prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe, wnioskodawca składa jeden wniosek w imieniu wszystkich osób uprawnionych.

§10.

W uzasadnionych przypadkach decyzja o przyznaniu pomocy finansowej może być poprzedzona przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego.

§11.

Pomoc nie przysługuje, jeśli osobie uprawnionej lub członkowi jej rodziny pozostającemu we wspólnym gospodarstwie domowym w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, przyznano zasiłek celowy lub specjalny zasiłek celowy na zakup leków.

§12.

Pomoc nie przysługuje mieszkańcom domów pomocy społecznej, osobom przebywającym w instytucjach zapewniających całodobową opiekę i leczenie oraz osobom odbywającym karę pozbawienia wolności i tymczasowo aresztowanym.

§13.

W sprawach dotyczących przyznawania pomocy finansowej, nieuregulowanych w programie, stosuje się przepisy Ustawy oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

§14.

Program osłonowy realizowany będzie do dnia 01.07.2025.r. nie dłużej jednak, niż do 31.12.2025r. lub wyczerpania środków finansowych określonych na ten cel w budżecie Gminy Gniewino.

Rozdział III.**REALIZATOR PROGRAMU ORAZ WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA JEGO REALIZACJĘ****§15.**

1. Realizatorem programu jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gniewinie.
2. Na realizację Programu osłonowego przeznacza się w 2025 roku kwotę 110 000 złotych.

Rozdział IV.**EWALUACJA I OCENA****§ 16.**

1. Informacja o realizacji programu zostanie zamieszczona w sprawozdaniu rocznym Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gniewinie po upływie okresu sprawozdawczego.
2. Koordynatorem programu jest Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gniewinie.

Załącznik do Programu ostonowego w zakresie pomocy finansowej na zakup leków dla
mieszkańców Gminy Gniewino**I część wniosku –
wypełnia wnioskodawca****WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW NA LEKI**

Wnioskodawca.....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

Adres zamieszkania

Telefon.....

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

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

Łączny dochód osoby/rodziny zł

Dochód osoby/na osobę w rodzinie zł

Liczba ha przeliczeniowych

Wysokość poniesionych wydatków na lekizł w miesiącu
.....20.....roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto / gotówką w KBS w Gniewinie

Numer konta:

.....

Oświadczenie:

1. Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam także, że nie posiadam żadnych innych dochodów.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gniewinie w celu przyznania pomocy finansowej na zakup leków. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne prawdą. Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym cel i sposób przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

Gniewino , dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)**Załączniki do wniosku:**

- 1) oryginał faktury wystawionej przez aptekę szt.,
- 2) kserokopia recepty / kod e-recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.,
- 3) dokument/y potwierdzające dochody szt.,
- 4) inne dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy szt.
- 5) dokument potwierdzający uprawnienie do reprezentowania osoby uprawnionej (np. pełnomocnictwo, kopia postanowienia) szt.

.....
(podpis wnioskodawcy)**II część wniosku –
wypełnia GOPS Gniewino**

1. Struktura rodziny/właściwe zaznaczyć:

- ☐ osoba samodzielnie 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 zł
4. Poniesione wydatki na leki łącznie zł na osoby/ osób uprawnionych w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku albo w miesiącu złożenia wniosku.
5. Kwota pomocy finansowej na leki zł

.....
(Podpis pracownika socjalnego)