

WNIOSEK

o pomoc finansową w ramach Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na lata 2019-2022

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

PESEL

Adres zamieszkania: Koszalin ul.

Dane dotyczące osoby uprawnionej oraz dane osób spokrewnionych i niespokrewnionych pozostających w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących z osobą uprawnioną:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Źródło dochodu (utrzymania)	Dochód* netto uzyskany w miesiącu
		wnioskodawca			

* dochód określony w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

1. ☐ w kasie
2. ☐ przekazem pocztowym
3. ☐ na mój rachunek bankowy wskazany poniżej:

Nazwa banku:																									
Numer rachunku bankowego:																									
	-					-					-					-					-				

1. Oświadczam, że nie posiadam żadnych innych dochodów.
2. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną* do ubiegania się o przyznanie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koszalinie w celu realizacji zadań dotyczących Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na lata 2019-2022.

- oryginał faktury wystawionej przez aptekę, obejmującej leki wydane na podstawie recepty, zawierającej: dane osoby, na rzecz której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanego leku i jego cenę.

Koszalin, dnia

.....
(podpis Wnioskodawcy)

* osoba uprawniona - osoba, które ukończyła 60 lat, przewlekłe chora, znajdująca się trudnej sytuacji finansowej i ponosząca wydatki na leki zlecone przez lekarza, będąca mieszkańcem Miasta Koszalina