

WNIOSEK

o pomoc finansową w ramach Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na rok 2024

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

PESEL

Adres zamieszkania: Koszalin ul.

Telefon

Imię i nazwisko, adres zamieszkania i nr telefonu osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy.....

Adres e-mail.....

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, zgodnie z którym za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów **z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku** lub w przypadku utraty dochodu **z miesiąca złożenia wniosku** (przy dochodzie netto nie odlicza się potrąceń komorniczych).

Wnoszę o wypłatę świadczenia na następujący numer rachunku bankowego:

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

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, iż podanie błędnego numeru rachunku bankowego spowoduje brak możliwości przekazania przyznanych świadczeń, za co Centrum Usług Społecznych w Koszalinie nie ponosi odpowiedzialności.
2. Oświadczam, że nie posiadam żadnych innych dochodów.
3. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną* do ubiegania się o przyznanie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki.
4. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie w celu realizacji zadań dotyczących Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na rok 2024.

Załącznik do wniosku:

- kopie faktur wystawionych przez aptekę, obejmujących leki zalecone przez lekarza, zawierające: dane osoby uprawnionej, nazwę wydanego leku i jego cenę.

.....
.....

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Koszalin, dnia

.....
(podpis Wnioskodawcy)

* osoba uprawniona - osoba, która ukończyła 60 lat, przewlekłe chora, znajdująca się w trudnej sytuacji finansowej i ponosząca wydatki na leki zalecone przez lekarza, będąca uczestnikiem Programu Koszalińska Karta Mieszkańca pn. „Kocham Koszalin”.

