

**UCHWAŁA NR XXXIX/304/10
RADY MIEJSKIEJ W ZABŁUDOWIE**

z dnia 4 listopada 2010 r.

**w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w zakresie pomocy lekowej mieszkańcom Gminy
Zabłudów**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001r. Nr 142, poz. 1591; z 2002r. Dz. U. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 214, poz. 1806; z 2003r. Nr 80, poz. 717, Nr 162, poz. 1568, Nr 153, poz. 1271; z 2004r. Nr 102, poz. 1055, Nr 116, poz. 1203, Nr 214, poz. 1806; z 2005r. Nr 172, poz. 1441; z 2006r. Nr 17, poz. 128, Nr 175, poz. 1457, Nr 181, poz. 1337; z 2007r. Nr 48, poz. 327, Nr 138, poz. 974, Nr 173, poz. 1218; z 2008r. Nr 180, poz. 1111, Nr 223, poz. 1458; z 2009r. Nr 52, poz. 420, Nr 157, poz. 1241; z 2010 r. Nr 28, poz. 142, Nr 28, poz. 146, Nr 106, poz. 675) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, Nr 157, poz. 1241 i Nr 202, poz. 1551) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się gminny program osłonowy w zakresie pomocy lekowej mieszkańcom Gminy Zabłudów, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Zabłudowa.

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

§ 4. Traci moc Uchwała Nr XXI/152/08 Rady Miejskiej w Zabłudowie z dnia 30 grudnia 2008 roku w sprawie Programu osłonowego w zakresie pomocy lekowej mieszkańcom Gminy Zabłudów.

GMINNY PROGRAM OSŁONOWY W ZAKRESIE POMOCY LEKOWEJ MIESZKAŃCOM GMINY ZABŁUDÓW

I. CEL PROGRAMU

Celem programu jest pomoc finansowa adresowana do mieszkańców gminy Zabłudów:

- 1) osób w wieku poprodukcyjnym;
- 2) osób przewlekle chorych w wieku produkcyjnym;
- 3) osób niepełnosprawnych,
znajdujących się w trudnej sytuacji bytowej i ponoszących wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza –
zwanych dalej osobami uprawnionymi.

II. SPOSÓB REALIZACJI

- 1) Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki jest udzielana ze środków własnych budżetu gminy w ramach zadań własnych gminy na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.) zwanej dalej ustawą.
- 2) Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki następuje w drodze decyzji wydanej przez Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zabłudowie, bądź inną osobę upoważnioną na podstawie art. 110 ust. 8 ustawy. Wydana decyzja nie ma charakteru decyzji administracyjnej.
- 3) Do wydatków poniesionych przez osoby uprawnione na zakup leków zalicza się wydatki na leki zlecone przez lekarza na podstawie recepty.
- 4) Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki przysługuje, jeżeli:
 - a) miesięczne wydatki osoby uprawnionej na zakup zleconych przez lekarza leków w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku i/lub w miesiącu złożenia wniosku przekroczyły kwotę 20 zł.
 - b) dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 150% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, określonych odpowiednio zgodnie z art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy.
5. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków zleconych przez lekarza (pierwszego kontaktu lub specjalistę) jest przyznawana w wysokości wydatków poniesionych na ten cel przez osobę uprawnioną lub uprawnionego członka rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku i/lub z miesiąca złożenia wniosku, jednak łącznie nie może być wyższa od kwoty:
 - a) 30% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie - w przypadku 1 osoby uprawnionej;
 - b) 45 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie - w przypadku 2 osób uprawnionych;
 - c) 60 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie – w przypadku 3 i większej liczby osób uprawnionych.
6. Pomoc finansowa w zakresie pomocy lekowej jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Zabłudowie na druku według wzoru stanowiącego załącznik do programu, przy czym do wniosku należy dołączyć:
 - a) dokumenty potwierdzające wysokość dochodu osoby uprawnionej, a w przypadku osoby w rodzinie – potwierdzające wysokość dochodów rodziny (sposób ustalania i dokumentowania dochodu – zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej),

- b) w przypadku osób przewlekle chorych w wieku produkcyjnym – zaświadczenie lekarskie lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty potwierdzające przewlekłą chorobę (zaświadczenie będzie uwzględnione przez okres 6 miesięcy od daty jego wydania);
- c) w przypadku osób niepełnosprawnych – ważne orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, lub orzeczenie o niepełnosprawności, (orzeczenie dołączone do pierwszego wniosku o udzielenie pomocy na leki będzie uwzględnione również przy następnych wnioskach do upływu okresu jego ważności);
- d) oryginał faktury wystawionej przez aptekę, obejmującej jedynie leki wydane na podstawie recepty, zawierającej: dane osoby, na rzecz której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanego leku, jego cenę i ogólną kwotę do zapłaty;
- e) kserokopię recepty wystawionej na nazwisko osoby uprawnionej obejmującej leki wymienione w fakturze.

7. Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

8. W przypadku, gdy wniosek obejmuje więcej niż jedną osobę uprawnioną w rodzinie prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe, wnioskodawca składa jeden wniosek w imieniu wszystkich osób uprawnionych. Wniosek składa się nie częściej niż raz w miesiącu.

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

10. Pomoc nie przysługuje, jeśli osobie uprawnionej w miesiącu złożenia wniosku lub miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, przyznano zasiłek celowy lub specjalny zasiłek celowy na leki albo jeśli osobie tej przyznano pomoc w formie posiłków, usług opiekuńczych i zostało zastosowane całkowite lub częściowe zwolnienie z odpłatności za te świadczenia z tytułu ponoszenia wydatków na leki i leczenie.

11. Pomoc powyższa nie przysługuje mieszkańcom domów pomocy społecznej, osobom przebywającym w szpitalu, areszcie śledczym, zakładzie karnym i innych instytucjach zapewniających całodobową opiekę i leczenie.

12. W sprawach dotyczących przyznawania pomocy finansowej, nie uregulowanych w programie, stosuje się przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz kodeksu postępowania administracyjnego.

13. Gminny program osłonowy realizowany będzie do 31 grudnia 2012 roku.

III. REALIZATOR PROGRAMU

Realizatorem programu jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zabłudowie.

IV. EWALUACJA I OCENA

Sprawozdanie z realizacji projektu będzie sporządzane po upływie 12 miesięcy jego realizacji, w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po upływie okresu sprawozdawczego. Koordynatorem programu jest Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zabłudowie.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY LEKOWEJ

WNIOSKODAWCA:

.....
(Imię i nazwisko)

Pesel

Numer dowodu osobistego

Adres zamieszkania

Liczba ha przeliczeniowych

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

Lp.	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 lekizł

w miesiącu/ach roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto,

numer konta: /przekazem pocztowym.

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 recept/y na nazwisko wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.,
- 3) dokument/y potwierdzający/e dochody szt.
- 4) dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy szt.

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Zabłudów, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

Dalszą część wniosku wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy w Zabłudowie.

1. Struktura rodziny /właściwe 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 /właściwe 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%, 45%, 60%*** kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art. 8 ust. 1 pkt 2 ustawy o pomocy społecznej).

Projekt decyzji o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia:

Zabłudów dn.

.....
(pieczęć i podpis Kierownika/MOPS)

*150% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust.1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.):

1) dla osoby samotnie gospodarującej 715,50 zł

2) na osobę w rodzinie 526,50 zł

** wydatki powyżej 20 zł

*** niepotrzebne skreślić