

**UCHWAŁA NR XV/91/2019  
RADY GMINY ELK**

z dnia 30 sierpnia 2019 r.

**w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców gminy Elk**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2019r. poz. 506 z późn.zm.) oraz art. 17 ust. 2 pkt 4 i art. 110 ust.10 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2019r. poz. 1507 z późn.zm) Rada Gminy Elk uchwała, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się gminny program osłonowy w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Elk, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Elk.

§ 3. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Warmińsko – Mazurskiego i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 roku.

Przewodniczący Rady Gminy  
Elk

**Mirosław Radywoniuk**



## **GMINNY PROGRAM OSŁONOWY W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW PONIESIONYCH NA LEKI PRZEZ MIESZKAŃCÓW GMINY ELK**

### **Rozdział I**

#### **CEL PROGRAMU**

§1. Celem programu jest pomoc finansowa adresowana do osób powyżej 65 roku życia oraz emerytów i rencistów ponoszących wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza, będących mieszkańcami Gminy Elk (zameldowanych na pobyt stały) zwanych dalej osobami uprawnionymi .

### **Rozdział II**

#### **SPOSÓB REALIZACJI**

§2. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki jest udzielana ze środków własnych budżetu gminy, 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 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą.

§3. Do wydatków poniesionych przez osoby uprawnione na zakup leków zalicza się wydatki na leki zlecone przez lekarza pierwszego kontaktu lub specjalistę na podstawie recepty.

§4. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki przysługuje osobie uprawnionej, jeżeli:

- 1) miesięczne wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza osobom uprawnionym w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku przekroczyły kwotę 50 zł;
- 2) dochód osoby samotnie gospodarującej nie przekracza 300% kryterium dochodowego lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 200% kryterium dochodowego określonego 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 jest przyznawana w wysokości wydatków poniesionych na ten cel przez osoby uprawnione w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku (wniosek może obejmować faktury z kilku miesięcy, jednak do zwrotu będąbrane pod uwagę wydatki z miesiąca poprzedzającego jego złożenie), jednak łącznie nie może być wyższa od kwoty:

- 1) 30% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie w przypadku jednej osoby uprawnionej,
- 2) 40% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie w przypadku dwóch osób uprawnionych,
- 3) 60% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie w przypadku trzech i większej liczby osób uprawnionych.

§6. Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, złożony w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Elku, 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 – zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej),
- 2) 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,
- 3) kserokopię recepty wystawionej na nazwisko osoby uprawnionej obejmującej leki wymienione w fakturze lub wydruk recepty elektronicznej.

§ 7. W przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowego dołączone do wniosku faktura lub kserokopia recepty (wydruk recepty elektronicznej) powinny być uzupełnione adnotacją apteki potwierdzającą ten fakt.

§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. 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 leki.

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

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

§12. Program osłonowy realizowany będzie w okresie od 1 stycznia 2020r. do 31 grudnia 2023r.

### **Rozdział III.**

#### **REALIZATOR PROGRAMU**

§13. Realizatorem programu jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Elku.

### **Rozdział IV.**

#### **EWALUACJA I OCENA**

§14. Informacja o realizacji programu zostanie zamieszczona w sprawozdaniu rocznym Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Elku po upływie okresu sprawozdawczego. Koordynatorem programu jest Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Elku.

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY LEKOWEJ

Wnioskodawca

.....  
(imię i nazwisko)

PESEL

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Liczba hektarów przeliczeniowych (jeżeli dotyczy)

.....  
Dane wnioskodawcy oraz członków rodziny i osób wspólnie gospodarujących i prowadzących gospodarstwo domowe:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Dochód uzyskany w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku

Łączny dochód osoby/rodziny ..... zł

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

Wysokość poniesionych wydatków na leki ..... zł

w miesiącu/ach ..... roku.

Przyznana pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto/przekazem pocztowym/odbiór osobisty w banku\*\*\*.

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/wydruk recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe ..... szt.,
- 3) Dokument/y potwierdzające dochody ..... szt.,

.....  
Ełk, dnia

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Dalszą część wniosku wypełnia Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Elku.**

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 ma 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).

Elk, dnia .....

.....  
(pieczęć i podpis Kierownika GOPS)

\* 300% lub 200% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej ((Dz. U. 2018 r., poz. 1358).

1) dla osoby samotnie gospodarującej 1402,00 zł

2) na osobę w rodzinie 792,00 zł

\*\* wydatki powyżej 50 zł

\*\*\*niepotrzebne skreślić