

**UCHWAŁA NR V/83/2019
RADY MIEJSKIEJ W KOSZALINIE**

z dnia 25 kwietnia 2019 r.

w sprawie przyjęcia Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na lata 2019-2022

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 i art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, poz. 1693, poz. 2192, poz. 2354, poz. 2529, z 2019 r. poz. 271) Rada Miejska w Koszalinie uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Koszaliński Program „Lek dla Seniora” na lata 2019-2022, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Koszalina.

§ 3. 1. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 maja 2019 r.

2. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Jan Kuriata

Koszaliński Program „Lek dla Seniora” na lata 2019-2022

§ 1. Koszaliński Program „Lek dla Seniora” na lata 2019-2022, zwany dalej programem, adresowany jest do osób, które ukończyły 60 lat, przewlekle chorych, znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej, ponoszących wydatki na leki zlecone przez lekarza - zwanych dalej osobami uprawnionymi, będących mieszkańcami Miasta Koszalina.

§ 2. 1. Program realizowany jest ze środków własnych budżetu Gminy Miasta Koszalin w ramach zadań własnych, na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej ustawą.

2. Program realizowany jest do wyczerpania środków finansowych w budżecie przeznaczonych na ten cel na dany rok kalendarzowy.

3. Realizatorem programu jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koszalinie.

§ 3. Osoba uprawniona uzyskuje pomoc finansową w zakresie zmniejszenia wydatków na leki jeżeli:

- 1) miesięczne wydatki na leki zlecone przez lekarza osobie uprawnionej w miesiącu złożenia wniosku przekroczyły kwotę 100 zł,
- 2) miesięczny dochód netto osoby uprawnionej samotnie gospodarującej lub miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie osoby uprawnionej mieści się w przedziale powyżej 100% do 200% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy.

§ 4. 1. Pomoc finansowa przyznawana jest na pisemny wniosek osoby uprawnionej, złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Koszalinie.

2. Do wniosku należy dołączyć oryginały faktur wystawionych przez aptekę, obejmujące wydane leki na podstawie recept wystawionych w miesiącu, w którym składany jest wniosek lub wystawionych w miesiącu poprzedzającym.

3. Faktura musi zawierać: dane osoby, na rzecz której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanego leku i jego cenę.

§ 5. Wniosek złożony bez wymaganych faktur, o których mowa w § 4 ust. 2 i 3, pozostawia się bez rozpatrzenia.

§ 6. Wzór wniosku stanowi załącznik do programu. Formularz wniosku podlega udostępnieniu w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Koszalinie.

§ 7. Wniosek może zostać złożony przez osobę uprawnioną nie częściej niż 2 razy w roku kalendarzowym.

§ 8. Pomoc finansowa w zakresie wsparcia osoby uprawnionej przyznawana jest do kwoty wymienionej na fakturze i nie może być wyższa od kwoty 150,00 zł.

§ 9. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koszalinie ma prawo weryfikacji oświadczeń złożonych przez osobę uprawnioną.

§ 10. Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki przez osoby uprawnione następuje w formie pisemnej.

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

§ 12. 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.

§ 13. Informacja z realizacji programu jest zamieszczana w Raporcie o stanie Miasta Koszalina za dany rok.

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

W przypadku przyznania pomocy finansowej, proszę o jej wypłatę (*właściwie zakreślić*):

