Załącznik nr 1 do Programu osłonowego
w zakresie zmniejszenia wydatków
poniesionych na leki przez mieszkańców
Gminy Dobrzyniewo Duże na lata 2023 – 2025 r.

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY LEKOWEJ

Wnioskodawca

……

(imię i nazwisko)

PESEL ……

Adres zamieszkania ……

Liczba ha przeliczeniowych ……..

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

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodzenia	Powody do przyznania pomocy	Dochód uzyskany w miesiącu ……
		wnioskodawca			

Łączny dochód osoby/rodziny..... zł

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

Wysokość poniesionych wydatków na leki..... zł

w miesiącu/ach.....roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto /przekazem pocztowym/

numer konta:

Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych innych dochodów.

Załączniki do wniosku:

1) Oryginał faktury wystawionej przez aptekę .....szt.,
2) Kserokopia recepty lub e-recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe..... szt.,
3) Dokument/y potwierdzające dochody.....szt.,
4) Dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy ..... szt.

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Dobrzyniewo Duże, dnia …… ……..

(podpis wnioskodawcy)