

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.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto/~~przekazem pocztowym/odbior 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 aptekęszt.,
- 2) Kserokopia/wydruk recepty na nazwisko Wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.,
- 3) Dokument/y potwierdzające dochodyszt.,

Ełk, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

Dalszą część wniosku wypełnia Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ełku.

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 rodziniezł

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).

Ełk, 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 14 lipca 2021 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. 2021 r., poz.1296).

1) dla osoby samotnie gospodarującej 2328,00 zł

2) na osobę w rodzinie 1200,00 zł

** wydatki powyżej 50 zł

*** niepotrzebne skreślić

Obowiązek informacyjny realizowany w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Elku zgodnie z art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

W związku ze złożeniem wniosku o zmniejszenie wydatków poniesionych na leki, przyjmuję do wiadomości iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

1. **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Elku z siedzibą przy ul. T. Kościuszki 28A, adres e-mail: gops-elk@elknet.pl, tel. 87 619 45 51.**
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych możliwy jest pod nr telefonu 87 619 45 85, na adresem e-mail: gops-elk@elknet.pl lub pisemnie na adres siedziby.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z:
 - art. 17 ust. 2 pkt. 4 oraz art. 110 ust.10 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021r. poz. 2268 z późn. zm.),
 - Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2021r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. 2021r., poz.1296);w celu realizacji *Gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Gminy Elk.*
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019r. poz.1781).
5. GOPS w Elku wymaga od osoby wnioskującej o zmniejszenie wydatków poniesionych na leki podania danych zawartych we wniosku – imię i nazwisko, pesel, adres zamieszkania, adres zameldowania, nr konta, dane dotyczące dochodu oraz dane dotyczące członków rodziny w tym imię i nazwisko, datę urodzenia, dochód członków rodziny.
6. Dostęp do zebranych danych mają jedynie pracownicy upoważnieni przez GOPS w Elku.
7. Dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu oraz archiwizowane przez 5 lat na podstawie przepisów prawa.
8. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane na podstawie umów powierzenia danych oraz na podstawie odrębnych przepisów prawa; m.in. podmiotom prowadzącym rachunki płatnicze, bankom i spółdzielczym kasom oszczędnościowo-kredytowym, operatorowi pocztowemu.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również – w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych, wniesienia sprzeciwu, ograniczenia ich przetwarzania.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji ww. celu, niepodanie danych oznacza brak możliwości skorzystania z pomocy finansowej.
12. Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.

.....
(podpis wnioskodawcy)