

**UCHWAŁA NR X/94/2024
RADY MIEJSKIEJ W KOSZALINIE**

z dnia 24 października 2024 r.

w sprawie przyjęcia Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na lata 2025-2027

Na podstawie: art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 i art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1283) Rada Miejska w Koszalinie uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Koszaliński Program „Lek dla Seniora” na lata 2025-2027, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Koszalina.

§ 3. 1. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

2. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Artur Wezgraj

Koszaliński Program „Lek dla Seniora” na lata 2025-2027

§ 1. Koszaliński Program „Lek dla Seniora”, zwany dalej programem, adresowany jest do osób, będących uczestnikami Programu Koszalińska Karta Mieszkańca pn. „Kocham Koszalin” które spełniają łącznie następujące warunki:

- 1) ukończyły 60 lat,
- 2) są przewlekle chore,
- 3) znajdują się w trudnej sytuacji finansowej,
- 4) ponoszą wydatki na leki zalecone przez lekarza,

zwanych dalej osobami uprawnionymi.

§ 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.

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

3. Realizatorem programu jest Centrum Usług Społecznych w Koszalinie.

§ 3. 1. Osoba uprawniona uzyskuje pomoc finansową w zakresie zmniejszenia wydatków na leki zwaną dalej „pomocą finansową” jeżeli:

- 1) miesięczne wydatki na leki zalecone przez lekarza osobie uprawnionej, poniesione w miesiącu złożenia wniosku albo w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku, przekroczyły kwotę 50 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 z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

2. Wysokość dochodu ustala się na zasadach przewidzianych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

§ 4. 1. Pomoc finansowa przyznawana jest na pisemny wniosek osoby uprawnionej lub osoby upoważnionej do jej reprezentowania złożony w Centrum Usług Społecznych w Koszalinie.

2. Do wniosku należy dołączyć kopie oraz okazać oryginały faktur wystawionych przez aptekę w miesiącu, w którym składany jest wniosek albo w miesiącu poprzedzającym, obejmujących wydane leki zalecone przez lekarza.

3. Faktura musi zawierać: dane osoby uprawnionej, 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 siedzibie i na stronie internetowej Centrum Usług Społecznych 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 na wniosek do kwot wymienionych na fakturach, jednakże w kwocie nie wyższej niż 150,00 zł.

§ 9. Realizator programu ma prawo do weryfikacji oświadczeń złożonych przez osobę uprawnioną, a także żądania przedłożenia dodatkowych dokumentów oraz złożenia wyjaśnień w wyznaczonym terminie pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

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

2. Realizator programu przesyła wnioskodawcy informację o rozstrzygnięciu w sprawie wniosku w zakresie pomocy finansowej na wskazany przez niego adres poczty elektronicznej – o ile wnioskodawca wskazał adres poczty elektronicznej we wniosku. W przypadku gdy wnioskodawca nie wskazał adresu poczty elektronicznej Realizator programu, odbierając ten wniosek od wnioskodawcy informuje go o możliwości odebrania powyższej informacji w siedzibie Realizatora programu.

§ 11. Pomoc nie przysługuje, jeśli osobie uprawnionej lub członkowi jej rodziny 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 z wyłączeniem osób odbywających karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

§ 13. Informacja z realizacji programu za poszczególne lata będzie zamieszczona w Raportach o stanie Miasta Koszalina za lata 2025-2027.

WNIOSEK
o pomoc finansową w ramach Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora”
na rok 2025/2026/2027*

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

PESEL

Adres zamieszkania: Koszalin ul.....

Telefon

Imię i nazwisko, adres zamieszkania i nr telefonu osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy.....

.....

Adres e-mail:

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			

*podkreślić właściwe

** dochód określony w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zgodnie z którym za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z **miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku** lub w przypadku utraty dochodu z **miesiąca złożenia wniosku** (przy dochodzie netto nie odlicza się potrąceń komorniczych).

Wnoszę o wypłatę świadczenia na następujący numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:																																	
Numer rachunku bankowego:																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					-					-					-					-					-				-				
			-					-					-					-					-				-						

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, iż podanie błędnego numeru rachunku bankowego spowoduje brak możliwości przekazania przyznanych świadczeń, za co Centrum Usług Społecznych w Koszalinie nie ponosi odpowiedzialności.
2. Oświadczam, że nie posiadam żadnych innych dochodów.
3. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną* do ubiegania się o przyznanie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki.
4. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie w celu realizacji zadań dotyczących Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na lata 2025-2027.

Załącznik do wniosku:

- kopie faktur wystawionych przez aptekę, obejmujących leki zalecane przez lekarza, zawierające: dane osoby uprawnionej, nazwę wydanego leku i jego cenę.
-
-

Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

Koszalin, dnia

.....
(podpis Wnioskodawcy)

* osoba uprawniona – osoba, która ukończyła 60 lat, przewlekłe chora, znajdująca się w trudnej sytuacji finansowej i ponosząca wydatki na leki zalecane przez lekarza, będąca uczestnikiem Programu Koszalińska Karta Mieszkańca pn. „Kocham Koszalin”.