



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

---

Białystok, dnia 12 grudnia 2018 r.

Poz. 5078

### UCHWAŁA NR II/14/18 RADY MIASTA BIAŁYSTOK

z dnia 29 listopada 2018 r.

#### **w sprawie przyjęcia gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez mieszkańców Miasta Białegostoku**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994, z późn. zm.)<sup>1)</sup> w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.)<sup>2)</sup> uchwała się, co następuje:

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

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Białegostoku.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2019 r.

**Przewodniczący Rady**  
***Łukasz Prokorym***

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, 1349 i 1432.

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1693.

**Załącznik Nr 1** do uchwały Nr II/14/18

Rady Miasta Białystok

z dnia 29 listopada 2018 r.

**GMINNY PROGRAM OSŁONOWY W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW  
PONIESIONYCH NA LEKI PRZEZ MIESZKAŃCÓW MIASTA BIAŁEGOSTOKU****Rozdział 1****Cel programu**

Celem programu jest pomoc finansowa adresowana do mieszkańców Miasta Białegostoku – osób niezdolnych do pracy z tytułu wieku (tj. osób, które osiągnęły wiek emerytalny zgodnie z ustawą z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – Dz. U. z 2018 r. poz. 1270 z późn. zm.), osób przewlekle chorych w wieku produkcyjnym, osób niepełnosprawnych, znajdujących się w trudnej sytuacji bytowej i ponoszących wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza – zwanych dalej „osobami uprawnionymi”.

**Rozdział 2****Sposób realizacji**

- 1) Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki jest udzielana ze środków własnych budżetu gminy w ramach zadań własnych gminy na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
- 2) Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki następuje w drodze decyzji wydanej przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku, bądź inną osobę upoważnioną na podstawie art. 110 ust. 8 ustawy. Wydana decyzja nie ma charakteru decyzji administracyjnej.
- 3) Do wydatków poniesionych przez osoby uprawnione na zakup leków zalicza się wydatki na leki zlecone przez lekarza na podstawie recepty.
- 4) Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia poniesionych wydatków na leki przysługuje, jeżeli:
  - a) miesięczne wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza osobom uprawnionym w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku przekroczyły łącznie kwotę 30 zł,
  - b) dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 200% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub 175% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, określonych 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 (pierwszego kontaktu lub specjalistę) jest przyznawana w wysokości wydatków poniesionych na ten cel przez osobę uprawnioną lub uprawnionego członka rodziny w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, jednak łącznie nie może być wyższa od kwoty:
  - a) 30% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie – w przypadku 1 osoby uprawnionej,
  - b) 45% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie – w przypadku 2 osób uprawnionych,
  - c) 60% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie – w przypadku 3 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 Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku na druku według wzoru stanowiącego załącznik do programu, przy czym do wniosku należy dołączyć:
  - a) dokumenty potwierdzające wysokość dochodu osoby uprawnionej, a w przypadku osoby w rodzinie dokumenty potwierdzające wysokość dochodów rodziny (sposób ustalania i dokumentowania dochodu – zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej),

- b) w przypadku osób przewlekle chorych w wieku produkcyjnym – zaświadczenie lekarskie lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty potwierdzające przewlekłą chorobę (zaświadczenie będzie uwzględnione przez okres 6 miesięcy od daty jego wydania),
  - c) w przypadku osób niepełnosprawnych – ważne orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, albo w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności (orzeczenie dołączone do pierwszego wniosku o udzielenie pomocy na leki będzie uwzględnione również przy następnych wnioskach, do upływu okresu jego ważności),
  - d) 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,
  - e) kserokopię recepty wystawionej na nazwisko osoby uprawnionej, obejmującej leki wymienione w fakturze.
- 7) W przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowego dołączona do wniosku faktura lub kserokopia recepty powinna być uzupełniona adnotacją apteki potwierdzającą ten fakt.
- 8) Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.
- 9) 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.
- 10) W uzasadnionych przypadkach decyzja o przyznaniu pomocy finansowej może być poprzedzona przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego.
- 11) 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 albo jeśli osobie tej przyznano pomoc w formie posiłków, usług opiekuńczych i zostało zastosowane całkowite lub częściowe zwolnienie z odpłatności za te świadczenia z tytułu ponoszenia wydatków na leki i leczenie.
- 12) Pomoc nie przysługuje mieszkańcom domów pomocy społecznej, osobom przebywającym w szpitalu i innych instytucjach zapewniających całodobową opiekę i leczenie oraz osobom tymczasowo aresztowanym i odbywającym karę pozbawienia wolności, z wyłączeniem osób odbywających karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.
- 13) W postępowaniach dotyczących pomocy finansowej, nieuregulowanych w programie, stosuje się przepisy ustawy oraz kodeksu postępowania administracyjnego.
- 14) Program osłony realizowany będzie w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.

### **Rozdział 3**

#### **Realizator programu**

Realizatorem programu jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

### **Rozdział 4**

#### **Ewaluacja i ocena**

Informacja o realizacji programu zostanie zamieszczona w sprawozdaniu rocznym Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku odpowiednio za lata 2019-2021. Koordynatorem programu jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

**Załącznik** do Programu osłonowego w zakresie  
zmniejszenia wydatków poniesionych na leki  
przez mieszkańców Miasta Białegostoku

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA  
WYDATKÓW NA LEKI**

Wnioskodawca .....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

PESEL .....

Adres zamieszkania: 15-..... Białystok, ul..... tel. ....

Dane dotyczące Wnioskodawcy/rodziny Wnioskodawcy (osób spokrewnionych lub niespokrewnionych pozostających w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących):

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodzenia	Źródło dochodu* (utrzymania) rodzaj	Dochód* uzyskany w miesiącu .....
		wnioskodawca			
<b>Łączny dochód osoby/rodziny</b>					

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:

.....r. - ..... zł

Okoliczność/ci uprawniająca/e do pomocy: niezdolność do pracy z tytułu wieku/przewlekła choroba/niepełnosprawność\*\*

Przyznana pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer: ...../odbiór gotówki w kasie MOPR\*\*

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (podstawa prawna: art. 233 § 1 Kodeksu karnego).

Białystok, dnia ..... 20..... r.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

- oryginał faktury wystawionej przez aptekę ..... szt.,

- kserokopia recept/y na nazwisko wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe ..... szt.,
- dokument/y potwierdzający/e dochody ..... szt.,
- dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy ..... szt.

Dalszą część wniosku wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku

1. Struktura rodziny (właściwie zaznaczyć):

- osoba samotnie gospodarująca
- rodzina ..... osobowa

2. Liczba osób uprawnionych .....

3. Łączny dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej ..... zł;  
dochód na osobę w rodzinie ..... zł

4. Kryterium dochodowe (wpisać właściwe: dla osoby samotnie gospodarującej lub rodziny)\*\*  
..... zł

5. Poniesione wydatki na leki (powyżej 30 zł łącznie) ..... zł na ..... osobę/y  
uprawnioną/e w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku

6. Kwota pomocy finansowej na leki ..... zł (odpowiadająca wysokości poniesionych  
udokumentowanych wydatków na zakup leków, nie więcej niż ..... zł, tj. 30%/ 45%/ 60% \*\* kwoty  
kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynikającej z art. 8 ust.1 pkt 2 ustawy o pomocy społecznej).

.....  
(data, pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

Zatwierdzony przez kierownika Zespołu Pracowników Socjalnych plan pomocy finansowej:

.....  
(data, pieczęć i podpis kierownika/z-cy kierownika Zespołu Pracowników Socjalnych)

\* źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), w tym liczba ha przeliczeniowych należących do wnioskodawcy lub osób wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, z wyłączeniem użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego łącznie

\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\* odpowiednio 200% lub 175% kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej