

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ

w ramach programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków

### Wnioskodawca

.....  
(imię i nazwisko)

**PESEL** ..... **Nr dowodu osobistego** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Liczba hektarów przeliczeniowych** .....

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

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Stopień pokrewieństwa</b>	<b>Rok urodzenia</b>	<b>Okoliczność uprawniająca do pomocy</b>	<b>Dochód uzyskany w miesiącu</b> .....
		wnioskodawca			

**Łączny dochód osoby/rodziny** .....zł

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

**Wysokość poniesionych wydatków na leki** .....zł

W miesiącu .....roku.

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na konto –

numer konta .....

- 1. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (podstawa prawna:art.233§ 1 Kodeksu Karnego).**
- 2. Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych innych dochodów.**

Załączniki do wniosku:

1. Oryginał faktury wystawionej przez aptekę .....sztuk
2. Kserokopia recepty na nazwisko wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe .....sztuk
3. Dokumenty potwierdzające dochody .....sztuk
4. Dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy .....sztuk

**Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.**

Ścinawa, dnia .....

.....  
(podpis wnioskodawcy)

