

* 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.

Wnoszę o wypłatę świadczenia na następujący numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:																																											
Numer rachunku bankowego:																																											
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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 rok 2023.

Załącznik do wniosku:

- kopie faktur wystawionych przez aptekę, obejmujących leki zalecone 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 zalecone przez lekarza, będąca uczestnikiem Programu Koszalińska Karta Mieszkańca pn. „Kocham Koszalin”.

