# DZIENNIK URZĘDOWY
## WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

Białystok, dnia 5 listopada 2025 r.

Poz. 4471



Podpisany przez:
Krzysztof Stankiewicz
Data: 05.11.2025 14:12:02


**UCHWAŁA NR XVII/159/2025**
**RADY MIEJSKIEJ W CHOROSZCZY**

z dnia 30 października 2025 r.

**w sprawie przyjęcia Gminnego programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez seniorów - kobiety w wieku „60+" i mężczyzn w wieku „65+" Gminy Choroszcz na lata 2026-2027**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 oraz art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, poz. 1302) uchwala się, co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się „Gminny program osłonowy w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przez seniorów - kobiety w wieku „60+" i mężczyzn w wieku „65+" gminy Choroszcz na lata 2026-2027 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Choroszczy

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie dnia 1 stycznia 2026 r. i podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego.

**Przewodniczący Rady Miejskiej w Choroszczy**
***Jacek Dąbrowski***

Załącznik do uchwały Nr XVII/159/2025 Rady Miejskiej w Choroszczy z dnia 30 października 2025 r.

# GMINNY PROGRAM OSŁONOWY W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW PONIESIONYCH NA LEKI PRZEZ SENIORÓW- KOBIETY W WIEKU „60+" I MĘŻCZYZN W WIEKU „65+" GMINY CHOROSZCZ NA LATA 2026-2027

## Rozdział 1. Cel programu

Celem programu jest pomoc finansowa adresowana do seniorów miasta i gminy Choroszcz - 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 2024 r. poz. 1631 z późn. zm.) 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 (T.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, poz. 1302), zwanej dalej „ustawą".

2) Przez leki, o których mowa w pkt 1 rozumie się produkty lecznicze ujęte w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej prowadzonym przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na podstawie Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 750 z późn. zm.) oraz leki recepturowe.

3) Do wydatków, o których mowa w pkt 1, poniesionych przez osoby uprawnione do zakupu leków zalicza się wydatki na leki zlecone przez lekarza na podstawie recepty.

4) Przyznanie lub odmowa przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki następuje w drodze decyzji wydanej przez Dyrektora Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Choroszczy, bądź inną osobę upoważnioną na podstawie art. 110 ust. 8 ustawy. Wydana decyzja nie ma charakteru decyzji administracyjnej.

5) Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki przysługuje, jeżeli:

a) w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, miesięczne wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza osobom uprawnionym wyniosły łącznie co najmniej 50 zł na każdą uprawnioną osobę,

b) dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 400% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub 400% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, określonych odpowiednio zgodnie z art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy.

c) osoba samotnie gospodarująca lub rodzina regularnie wnosi opłatę za wywóz nieczystości.

6) Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków podniesionych 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.

7) Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej, jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego złożony w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Choroszczy, 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,

b) dokumenty wystawione przez aptekę potwierdzające zakup leków na podstawie recepty (rachunek lub faktura imienna), dokonany w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, zawierające: dane osoby, na rzecz, której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanego leku, jego cenę i ogólną kwotę do zapłaty,

e)w przypadku osób niepełnosprawnych - ważne orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy (orzeczenie dołączone do pierwszego wniosku o udzielenie pomocy na leki będzie uwzględnione również przy następnych wnioskach, do upływu okresu jego ważności),

f)w przypadku osób niezdolnych do pracy z tytułu wieku: okazanie dowodu osobistego potwierdzającego wiek emerytalny zgodnie z ustawą z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

9) Wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia.

10) 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 na dwa miesiące.

11) W postępowaniach o przyznanie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki, nie przeprowadza się rodzinnego wywiadu środowiskowego. W uzasadnionych przypadkach decyzja o przyznaniu pomocy finansowej może być poprzedzona przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego.

12) 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.

13) 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.

14) Wniosek o przyznanie pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki zakupione na podstawie recepty w listopadzie 2027 r. składa się do dnia 10 grudnia 2027 r. Wnioski złożone po tym terminie nie będą rozpatrywane.

15) W postępowaniach dotyczących pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki, nieuregulowanych w niniejszym programie, stosuje się przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz Kodeksu postępowania administracyjnego.

16) Program osłonowy realizowany będzie w okresie od 1 stycznia 2026 r. do 31 grudnia 2027r.

Rozdział 3.

Realizator programu

Realizatorem programu jest Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Choroszczy.

Rozdział 4.

Ewaluacja i ocena

Informacja o realizacji programu zostanie zamieszczona w sprawozdaniu rocznym Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Choroszczy odpowiednio za lata 2026 i 2027

Koordynatorem programu jest Dyrektor Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Choroszczy.

Załącznik do Gminnego programu osłonowego
w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych
na leki przez seniorów - kobiety w wieku „60+”
i mężczyzn w wieku „65+” gminy Choroszcz na lata 2026-2027

# WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA WYDATKÓW NA LEKI ZAKUPIONE NA PODSTAWIE RECEPTY

**DANE WNIOSKODAWCY**

Imię: ……..……

Nazwisko: …..…….....

PESEL ……..... data urodzenia: ……..

Adres zamieszkania: …….

Nr telefonu: ……..

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

| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | PESEL | Źródło dochodu * | Dochód * uzyskany w miesiącu …….. |
|---|---|---|---|---|---|
| | | wnioskodawca | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Łączny dochód osoby/rodziny | | | | | |

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku: tj. ……..…….r. - …… zł.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że :

1. Ukończyłam/łem 60 rok życia (kobieta) /65 rok życia (mężczyzna),

2. Jestem mieszkańcem gminy Choroszcz,

3. Regularnie wnoszę opłaty za wywóz nieczystości

4. Zawarte we wniosku dane są prawdziwe. W przypadku ich zmiany zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie M-GOPS w Choroszczy

4. Uzyskałem / nie uzyskałem * dofinansowanie na ten cel z innego źródła lub lekarstwa nieodpłatnie, w szczególności w czasie przybywania w szpitalu, domu pomocy społecznej i innych instytucjach zapewniających całodobowa opiekę i leczenie.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……

(data i podpis)

Przyznaną pomocą finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Do wniosku dołączam:**

- potwierdzające zakup leków na podstawie recepty, wystawione przez aptekę …….szt.,

– dowody potwierdzające wystawienie recepty na nazwisko osoby uprawnionej (wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe) …….. szt.,

– dokument/y potwierdzający/e dochody …….. szt.,

– dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy …..... szt.

-inne:

……

……

……

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

……

(data i podpis)

## Pouczenie

Do pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na leki uprawnieni są mieszkańcy gminy Choroszcz znajdujący się w trudnej sytuacji bytowej i ponoszący wydatki na zakup leków zleconych przez lekarza, którzy ukończyli 60 rok życia (kobieta) i 65 rok życia (mężczyźni).

**Pomoc finansowa w zakresie wydatków poniesionych na leki przysługuje, jeżeli:**

- miesięczne wydatki na leki zlecone przez lekarza osobom uprawnionym w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku wyniosły łącznie, co najmniej **50 zł** na każda uprawnioną osobę,
- dochód osoby samotnie gospodarującej nie przekracza 400% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, tj.: **4 040 zł**,
- dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 400% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, tj.: **3 292 zł**.
- osoba samotnie gospodarująca lub rodzina regularnie wnosi opłatę za wywóz nieczystości.

**Dochód ustala się zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej.**

Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeśli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

- miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu,
- składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach,
- kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

**Wysokość pomocy finansowej:**

Pomoc finansowa w zakresie zmniejszenia wydatków poniesionych na zakup leków 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:

- 30 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie - w przypadku 1 osoby uprawnionej tj. 246,90 zł
- 45 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie - w przypadku 2 osób uprawnionych tj. 370,35 zł
- 60 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie - w przypadku 3 i większej liczby osób uprawnionych tj. 493,80 zł

**Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku:**

a) dokumenty potwierdzające wysokość dochodu osoby uprawnionej, a w przypadku osoby w rodzinie dokumenty potwierdzające wysokość dochodów rodziny,
b) dokumenty wystawione przez aptekę potwierdzające zakup leków na podstawie recepty, dokonany w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, zawierające: dane osoby, na rzecz której nastąpiła realizacja recepty, nazwę wydanego leku, jego cenę i ogólną kwotę do zapłaty,
c) dowody potwierdzające wystawienie recepty na nazwisko osoby uprawnionej, w szczególności wydruk informacji o wystawieniu recepty w postaci elektronicznej lub adnotacja apteki potwierdzająca jej wystawienie,
d) w przypadku osób niezdolnych do pracy z tytułu wieku: okazanie dowodu osobistego potwierdzającego wiek emerytalny zgodnie z ustawą z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

**Ważne!**

- w dokumentach potwierdzających zakup leków powinny być wyszczególnione wszystkie leki z recepty lub ich część, nie mogą się tam znajdować inne leki, niż leki z recepty,
- dokumenty potwierdzające zakup leków muszą być wystawione w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku,
- wniosek złożony bez wymaganych załączników pozostawia się bez rozpatrzenia,
- w przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowego dokumenty potwierdzające zakup leków powinny zawierać adnotację apteki potwierdzającą ten fakt.

**Pomoc finansowa w zakresie wydatków poniesionych na leki nie przysługuje:**

- w przypadku, gdy 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,
- 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.

**Dalszą część wniosku wypełnia Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Choroszczy**

1. Struktura rodziny (właściwe 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. Wydatki na leki poniesione w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku ……. zł na ……. osobę/y uprawnioną/e (łącznie co najmniej 50 zł na każdą uprawnioną osobę)

6. Kwota przyznanej 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 MGOPS)

Zatwierdzony przez Dyrektora MGOPS w Choroszczy plan pomocy finansowej:

……

…….

……..

(data, pieczęć i podpis Dyrektora MGOPS)

* źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 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 300% kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej