

Imię i nazwisko..... Stężyca,.....

adres zameldowania:

.....

PESEL.....

adres zamieszkania (jeśli jest inny niż zameldowania)

.....

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Parkowa 1

83-322 Stężyca

**WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU CELOWEGO Z PROGRAMU OSŁONOWEGO
W ZAKRESIE POMOCY NA ZAKUP LEKARSTW DLA STARSZYCH
MIESZKAŃCÓW GMINY STĘŻYCA NA LATA 2024-2028**

Proszę o przyznanie zasiłku celowego z "Programu osłonowego w zakresie pomocy na zakup lekarstw dla starszych mieszkańców gminy Stężyca na lata 2024-2028" .

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że :

1. Ukończyłem/łam 65 rok życia,
2. Jestem mieszkańcem gminy Stężyca, zameldowanym na pobyt stały w tej gminie.
3. Zawarte we wniosku dane są prawdziwe. W przypadku ich zmiany oraz zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stężycy.
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 całodobową opiekę i leczenie.

5. Jestem osobą*:

długotrwale chorą

niepełnosprawną

ponoszę wydatki na zakup lekarstw i potrzebuję dofinansowania do ich zakupu

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

