**FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRZYZNANIA POMOCY**

**na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa**

1. **OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O PRZYZNANIE POMOCY**
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

1. ………………………………………………….. 3. ……………………………………………………..

 (Obywatelstwo) (Data wjazdu na terytorium RP)

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

(Dokument stanowiący podstawę przekroczenia granicy – rodzaj, seria, numer)

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(Adres pobytu, dane kontaktowe: nr tel., adres e-mail)

1. Skład rodziny wymagającej wsparcia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Płeć | PESEL | Stopieńpokrewień-stwa | Sytuacja zdrowotna | Źródło dochodu |
| rodzaj | wysokość |
| dzień | mies. | rok |
|  |  |  |  |  |  |  | Osoba składająca oświadczenie |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Sytuacja osobista:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  1) ubóstwo[ ]  2) sieroctwo[ ]  3) bezdomność[ ]  4) bezrobocie[ ]  5) niepełnosprawność[ ]  6) długotrwała lub ciężka choroba[ ]  7) przemoc w rodzinie[ ]  9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności | [ ]  10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego:[ ]  a) rodzina niepełna[ ]  b) rodzina wielodzietna [ ]  11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą[ ]  13) alkoholizm lub narkomania[ ]  14) sytuacja kryzysowa[ ]  16) inna – wskazać jaka:  |

1. Sytuacja majątkowa (nieruchomości, pojazdy, oszczędności):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……….…………...………………………………………………

(podpis osoby składającej oświadczenie)

1. **ZAKRES POMOCY NA RZECZ OSOBY/RODZINY[[1]](#footnote-2)** (rodzaj, okres świadczenia, wysokość)

|  |  |
| --- | --- |
| świadczenia pieniężne |  |
|  |  |
| świadczenia niepieniężne |  |
|  |  |
| świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych |  |
|  |  |
| inne formy wsparcia |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | (miejscowość i data) |  | (podpis i pieczęć pracownika socjalnego) |

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (miejscowość i data) |  | (podpis i pieczęć kierownika) |

1. Wypełnia ośrodek pomocy społecznej/centrum usług społecznych [↑](#footnote-ref-2)