**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 | Stopień  pokrewień-  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)