**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) długotrwałalubciężkachoroba[ ] 7)przemocwrodzinie[ ] 9)potrzebyochronymacierzyństwalubwielodzietności | [ ] 10) bezradnośćwsprawachopiekuńczo-wychowawczych iwprowadzeniugospodarstwadomowego:[ ] a) rodzina niepełna[ ] b)rodzinawielodzietna[ ] 11) trudnościwintegracjiosób,które otrzymały statusuchodźcylubochronęuzupełniającą[ ] 13) alkoholizmlubnarkomania[ ] 14) sytuacjakryzysowa[ ] 16) inna–wskazaćjaka:  |

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)