**FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRZYZNANIA POMOCY**

**ФОРМУЛЯР КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ НА НАДАННЯ ДОПОМОГИ**

**na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa** **на підставі ст. 29 пкт. 2 Закону про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави**

1. **OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O PRZYZNANIE POMOCY  
   ЗАЯВА ОСОБИ ЩО ЗВЕРТАЄТЬСЯ ПРО НАДАННЯ ДОПОМОГИ**
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie/ім’я і прізвище особи що звертається про допомогу)

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

(Obywatelstwo/ Громадянство) (Data wjazdu na terytorium RP/Дата в'їздy на територію Республіки Польща)

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

(Dokument stanowiący podstawę przekroczenia granicy – rodzaj, seria, numer/(Документ, що є підставою для перетину кордону - тип, серія, номер)

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

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

(Adres pobytu, dane kontaktowe: nr tel., adres e-mail / Адреса проживання, контактні дані: номер телефону, адреса електронної пошти)

1. Skład rodziny wymagającej wsparcia / Склад родини яка потребує допомоги:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp № п/п. | Imię i nazwisko Ім’я та прізвище | Data urodzenia/Дата народження | | | Płeć/ Стать | PESEL/ПЕСЕЛЬ | Stopień  pokrewień-  stwa/ступінь спорідненості | Sytuacja zdrowotna/ Стан здоров'я | Źródło dochodu/Джерело доходу | |
| Rodzaj/тип | Wysokość/  розмір |
| Dzień/день | mies./міс. | Rok/рік |
|  |  |  |  |  |  |  | Osoba składająca oświadczenie/Особа, що подає  заяву |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Sytuacja osobista/ Особиста ситуація:

|  |  |
| --- | --- |
| 1) ubóstwo/малозабезпеченість особи;  2) sieroctwo/сирітство  3) bezdomność/бездомність  4) bezrobocie/безробіття  5) niepełnosprawność/інвалідність  6) długotrwała lub ciężka choroba/ тривала або важка хвороба  7) przemoc w rodzinie/ домашнє насильство 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności/ потреба захистити материнство або багатодітність | 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego/ безпорадність у справах догляду та виховання та ведення домашнього господарства :  a) rodzina niepełna/неповна родина  b) rodzina wielodzietna/багатодітна родина  11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą/ труднощі в інтеграції людей, яким надано статус біженця або додатковий захист  13) alkoholizm lub narkomania/алкоголізм або наркоманія  14) sytuacja kryzysowa/кризова ситуація  16) inna – wskazać jaka/ інша-подати яка: |

1. Sytuacja majątkowa (nieruchomości, pojazdy, oszczędności)/ Майновий стан (нерухомість, транспортні засоби, заощадження)::

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

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

……….…………...………………………………………………

(podpis osoby składającej oświadczenie /підпис особи яка подає заяву )

1. **ZAKRES POMOCY NA RZECZ OSOBY/RODZINY[[1]](#footnote-2)/ОБСЯГ ДОПОМОГИ ДЛЯ ОСОБИ / СІМ'Ї** (rodzaj, okres świadczenia, wysokość/ вид, час допомоги, сума )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| świadczenia pieniężne/ грошова допомога | | | |  |
|  | | | |  |
| świadczenia niepieniężne/ допомога y нeгрошовiй формi | | | |  |
|  | | | |  |
| świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczychнегрошова допомога у вигляді послуг з догляду | | | |  |
|  | | | |  |
| inne formy wsparcia/ інші форми підтримки | | | |  |
|  | | | |  |
|  | |  |  | |
|  | (miejscowość i data/ місце і дата) |  | (podpis i pieczęć pracownika socjalnego/( підпис та печатка працівника надавача соціальних послуг) | |

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej/ Рішення керівника центру надавача соціальних послуг/:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
|  | (miejscowość i data/ місце і дата) |  | (podpis i pieczęć kierownika/ підпис та печатка керівника) |

1. Wypełnia ośrodek pomocy społecznej/centrum usług społecznych/ Заповнюється центром соціального забезпечення/центром соціальних служб [↑](#footnote-ref-2)