=

UWAGA!!! wypełnia osoba wnioskująca lub zgłaszana do programu

FORMULARZ KWALIFIKACJI UCZESTNIKA PROGRAMU „KARTA DOBRA" - edycja 2024/2025

Dane osoby zgłaszanej do programu

Imię i nazwisko: ……

Adres: ……

Data urodzenia …… Nr telefonu ……

Dane kontaktowe osoby wnioskującej o przyjęcie do programu osoby zgłaszanej

Imię i nazwisko: …… Nr telefonu……

Oświadczenie osoby wnioskującej o przyjęcie lub zgłaszanej do programu

Informacja o dochodach oraz sytuacji mieszkaniowej i życiowej. Proszę zaznaczyć poprzez postawienie znaku „X" przy stwierdzeniu, które odzwierciedla Pana / Pani sytuację dochodową, mieszkaniową i życiową".

1. Dochód wnioskodawcy mieści się w przedziale:
   - **a.** ☐ poniżej 1500 zł na osobę
   - **b.** ☐ 1500-2000 zł na osobę
   - **c.** ☐ 2000-2500 zł na osobę
   - **d.** ☐ powyżej 2500 zł na osobę

Uwaga: Przy wyliczeniu dochodu powinniśmy uwzględnić dochody ze wszystkich źródeł, w tym emerytury, renty, zasiłki z pomocy społecznej i inne świadczenia, z wyjątkiem dodatku pielęgnacyjnego dla osób, które skończyły 75 lat lub nie są zdolne do samodzielnej egzystencji.

2. **Dochód wnioskodawcy po dokonaniu wszystkich opłat mieści się w przedziale**:
   - ☐ poniżej 1000 zł na osobę
   - ☐ powyżej 1000 zł na osobę

Przy wyliczeniu dochodu powinniśmy uwzględnić bieżące wydatki związane z opłatą za mieszkanie, leki, koszty rehabilitacji i inne stałe wydatki.
Uwaga: nie odliczamy wydatków na zakup odzieży i obuwia oraz innych okazjonalnych dóbr, które nie są przedmiotami pierwszej potrzeby.

3. **Sytuacja mieszkaniowa wnioskodawcy:**
   - a. ☐ znajduje się w kryzysie bezdomności - całkowity brak mieszkania
   - b. ☐ mieszkanie w którym mieszka nie posiada dostępu do:
     - ☐ bieżącej wody
     - ☐ łazienki
     - ☐ centralnego ogrzewania
   - c. ☐ budynek/mieszkanie wymaga pilnego remontu
   - d. ☐ mieszkanie znajduje się powyżej 2 piętra w budynku bez windy
   - e. ☐ inne (proszę opisać)……

=

4. **Sytuacja życiowa wnioskodawcy:**
   a. □ osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym lub znacznym lub bliski członek rodziny mieszkający z nią we wspólnym gospodarstwie domowym jest osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym lub znacznym
   b. □ osoba przewlekle chora lub bliski członek rodziny mieszkający z nią we wspólnym gospodarstwie domowym jest osobą przewlekle chorą
   c. □ osoba ponosząca stałe duże wydatki związane z leczeniem, zakupem leków, rehabilitacją, koniecznością utrzymywania niepełnosprawnych dorosłych dzieci, kosztami najmu mieszkania, opłatami, spłatą kredytów itp.
   f. □ osoba dotknięta skutkami zdarzenia losowego lub katastrofy naturalna

      Jakiej (proszę opisać)……

   g. □ inne (proszę opisać)……
      ……
      ……

5. **Pomoc najbliżej rodziny:**
   a. □ otrzymuję pomoc rodziny
   b. □ rodzina nie jest w stanie mi pomóc bo sama jest w trudnej sytuacji
   c. □ nie mam kontaktu z rodziną
   d. □ nie mam rodziny

6. **Wsparcie uzyskiwane z pomocy społecznej/innych źródeł:**
   a. □ uzyskuje wsparcie z pomocy społecznej/innych źródeł
   b. □ nie uzyskuje wsparcia z pomocy społecznej/innych źródeł

7. **Wsparcie w robieniu zakupów:**
   a. □ potrzebuje pomocy wolontariusza w zrobieniu zakupów
   b. □ nie potrzebuje wsparcia w zrobieniu zakupów

……

Data i czytelny podpis osoby wnioskującej lub zgłaszanej do programu