



Program „Na codzienne zakupy”
EDYCJA 2022

Formularz kwalifikowania Uczestnika Programu

Dane osoby zgłaszanej do Programu

Imię i nazwisko:

Adres:

Data urodzenia

Nr telefonu Adres email

Oświadczenie osoby zgłaszanej do Programu

1. Informacja o dochodzie.

(Proszę zaznaczyć jedno z poniższych stwierdzeń, które odzwierciedla Pana/Pani sytuację dochodową)

- a. Jestem osobą mieszkającą samotnie, a mój średni miesięczny dochód netto („na rękę”) w 2022 r. **nie przekroczył 1 350 zł**,
- b. Mieszkam we wspólnym gospodarstwie domowym z inną osobą lub osobami, a średni miesięczny dochód netto („na rękę”) przypadający na 1 osobę w moim gospodarstwie domowym w 2022 r **nie przekroczył 1 100 zł**,
- c. Żadne z powyższych stwierdzeń nie oddaje mojej sytuacji dochodowej

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. Informacja dotycząca sytuacji życiowej.

(Proszę zaznaczyć, które z poniższych twierdzeń opisują Pana/Pani sytuację)

1. Potrzebuję wsparcia finansowego w postaci karty na zakupy, ponieważ:

- a. Jestem osobą ze znaczną niepełnosprawnością lub bliski członek rodziny mieszkający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym jest osobą ze znaczną niepełnosprawnością
- b. Jestem poważnie przewlekle chora/y lub bliski członek rodziny mieszkający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym jest poważnie przewlekle chory



- c. Ponoszę wysokie stałe wydatki związane z utrzymaniem i ogrzaniem mieszkania, leczeniem i rehabilitacją, spłatą długu, itp. i jestem w stanie je udokumentować
- d. Jestem osobą dotkniętą skutkami wyjątkowego zdarzenia losowego lub katastrofy naturalnej, np. wypadku, pożaru, powodzi.
- e. Istnieją inne czynniki przekładające się na moją trudną sytuację finansową – (Proszę wskazać jakie)

- f. Żadne z powyższych stwierdzeń nie oddaje mojej sytuacji życiowej

2. Pomoc najbliższej 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

3. Wsparcie w robieniu zakupów

- a. Potrzebuję pomocy wolontariusza w zrobieniu zakupów spożywczych
- b. Nie potrzebuję wsparcia w zrobieniu zakupów spożywczych

4. **Informacje o udziale w poprzednich edycjach Programu.**

(Proszę zaznaczyć jedno z poniższych twierdzeń, które opisują Pana/Pani sytuację)

- a. Dotychczas nie uczestniczyłem/am w Programie
- b. Uczestniczyłem/am już **1 2 3 4** edycjach Programu *(proszę zakreślić odpowiednią liczbę edycji Programu, w której Pan/i uczestniczył/a)*

.....
Data i podpis Osoby zgłaszanej do programu



Dane Wolontariusza lub innej osoby dokonującej wstępnej kwalifikacji do Programu

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr telefonu

Adres email

Oświadczenie Wolontariusza lub innej osoby dokonującej wstępnej kwalifikacji do Programu

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Programu oraz sytuacją osoby zgłaszanej do Programu i zgodnie z moją najlepszą wiedzą oświadczam, że:

1. Kryterium podstawowe:

Osoba zgłaszana do Programu (*proszę zaznaczyć jedno z poniższych stwierdzeń*):

- a) spełnia kryterium podstawowe kwalifikacji do Programu „Na codzienne zakupy” w zakresie wieku i dochodu.
- b) nie spełnia kryterium podstawowego kwalifikacji do Programu „Na codzienne zakupy” w zakresie (*proszę zaznaczyć którego kryterium nie spełnia osoba zgłaszana do Programu*):
 - 1. Wiek
 - 2. Dochodu

2. Kryterium dodatkowe:

Osoba zgłaszana do Programu nie może otrzymać pomocy od najbliższej rodziny i jest dotknięta lub zagrożona ubóstwem i/lub niedożywieniem ze względu wystąpienie co najmniej jednego z poniższych czynników:

(*proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź/odpowiedzi w tabelce*)

Powód trudnej sytuacji	Czy dotyczy osoby zgłaszanej do Programu (proszę zaznaczyć X)
Osoba ze znaczną niepełnosprawnością lub bliski członek rodziny mieszkający we wspólnym gospodarstwie domowym jest osobą ze znaczną niepełnosprawnością	
Osoba poważnie przewlekle chora lub bliski członek rodziny mieszkający we wspólnym gospodarstwie domowym jest poważnie przewlekle chory	
Obciążenie stałymi wysokimi wydatkami, np. na czynsz, opał, leki i leczenie, spłata długu	
Osoba dotknięta poważnym zdarzeniem losowym lub katastrofą naturalną (wypadek, pożar, powódź, itp.)	
Inne czynniki przekładające się na trudną sytuację finansową – jakie?	
Osoba nie spełnia żadnych kryteriów dodatkowych	



Uwaga: Wolontariusz lub inna osoba dokonująca wstępnej kwalifikacji nie pobiera od osoby zgłaszanej do programu żadnych dokumentów

3. Rekomenduję przyjęcie osoby do Programu

TAK NIE

4. Czy zgłaszana osoba jest w stanie sama dysponować Kartą (w tym podejmować decyzje o zakupach robić)?

TAK NIE

5. Inne informacje dotyczące zgłaszanej osoby istotne dla decyzji o kwalifikacji (opcjonalnie) _____

Oświadczam, że nie jestem bliskim członkiem rodziny osoby zgłaszającej do Programu.

.....
Data i podpis Wolontariusza/osoby dokonującej oceny sytuacji osoby zgłaszanej do Programu

Dane jednostki, która przekazuje formularz kwalifikowania:

1. Caritas Diecezjalna/Archidiecezjalna
2. Parafialny Zespół Caritas: parafia/adres _____
3. Parafia, adres _____
4. Centrum Wolontariatu, namiary _____
5. Ośrodek Pomocy Społecznej, adres _____
6. Inne - proszę opisać

Imię i nazwisko kierownika jednostki

Potwierdzam / Nie potwierdzam* zakwalifikowanie osoby do Programu „Na codzienne zakupy”.

(*niepotrzebne skreślić)

.....
Data i podpis Koordynatora Programu przy Caritas Diecezjalnej/Archidiecezjalnej

NR PRZYZNANEJ KARTY

--