



**Program „Na codzienne zakupy”  
EDYCJA 2023**

**Formularz kwalifikowania Uczestnika Programu**

*Program „Na codzienne zakupy” skierowany jest do osób, które **ukończyły 60 rok życia** dotkniętych lub zagrożonych ubóstwem, niedożywieniem, wykluczeniem społecznym*

**UWAGA: w Programie „Na codzienne zakupy” można brać udział  
maksymalnie 3 razy**

**Dane osoby zgłaszanej do Programu**

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

Data urodzenia ..... Nr telefonu .....

**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\* w okresie grudzień 2022 r. - luty 2023 r. **nie przekroczył 1500zł\***
- b. Jestem osobą mieszkającą samotnie, a mój średni miesięczny dochód netto\* w okresie grudzień 2022 r. – luty 2023 r. **przekroczył 1500zł\***, jednak **nie był wyższy niż 2500 zł\***, przy czym moje miesięczne obciążenia finansowe, stałe wydatki powodują, iż pozostają mi środki do życia w kwocie nie większej niż 800zł\*.
- c. Mieszkam we wspólnym gospodarstwie domowym z inną osobą lub osobami, a średni miesięczny dochód netto przypadający na 1 osobę w moim gospodarstwie domowym w okresie grudzień 2022 r. – luty 2023 r, **nie przekroczył 1250zł\***.
- d. Mieszkam we wspólnym gospodarstwie domowym z inną osobą/osobami, a średni miesięczny dochód netto przypadający na 1 osobę w moim gospodarstwie domowym w okresie grudzień 2022 r - luty 2023 r **przekroczył 1250zł\* jednak mieścił się w przedziale od 1250 netto\* do 2100zł\***, przy czym z uwagi na moje miesięczne, stałe wydatki, pozostają mi środki do życia w kwocie **nie większej 700zł\*** na osobę w gospodarstwie domowym



e. **Nie spełniam powyższych kryteriów dochodowych, ale znajduję się w trudnej życiowo sytuacji wynikającej z:** (opis sytuacji)\*\*

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Numer legitymacji osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy) .....**

\*- dochód netto oznacza kwotę tzw. „na rękę”

\*\* - prosimy o przedłożenie do wglądu wolontariusza dokumentów potwierdzających powyższe okoliczności

**Uwaga:** Przy wyliczeniu dochodu powinniśmy uwzględnić dochody ze wszystkich źródeł, w tym emerytury, renty, wynagrodzenia za pracę, stałe zasiłki z pomocy społecznej, dodatek pielęgnacyjny dla osób, które skończyły 75 lat i inne świadczenia, z wyjątkiem zasiłków jednorazowych, zasiłków celowych, świadczeń rzeczowych oraz świadczeń uzupełniających dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji („500+ dla seniora”)

**2. Informacja uzupełniająca, dotycząca stałych, miesięcznych wydatków ponoszonych przez gospodarstwo domowe w przeliczeniu na jedną osobę.**

(uzupełnić tylko w przypadku, gdy w Pkt. 1 zaznaczono wariant b, d lub e)

<b>Stale wydatki</b>	<b>Kwota</b>
Opłata za czynsz	
Opłata woda/gaz/prąd/śmieci:	
Leki na choroby przewlekłe:	
Kredyty, pożyczki, zobowiązania finansowe	
Inne (jakie? np.: rehabilitacja, fizjoterapia, zabiegi,).....	
.....	

Oświadczam, że po odjęciu wszystkich stałych kosztów, wymienionych powyżej, miesięcznie, pozostaje mi do wydatkowania kwota nie większa niż .....



### 3. 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

### 4. Wsparcie w robieniu zakupów:

- A. Potrzebuję pomocy wolontariusza w zrobieniu zakupów spożywczych
- B. Nie potrzebuję wsparcia w zrobieniu zakupów spożywczych

### 5. Informacje o udziale w poprzednich edycjach Programu.

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

- A. Dotychczas nie uczestniczyłem/am w edycjach Programu
- B. Uczestniczyłem/am w poprzednich edycjach Programu

### 6. Oświadczenia:

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Potwierdzam odbiór „Informacji o przetwarzaniu danych osobowych w związku z rekrutacją i realizacją programu „Na codzienne zakupy” (Załącznik nr. 1 do niniejszego formularza kwalifikowania Uczestnika Programu NCZ).

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



## Dane osoby dokonującej wstępnej kwalifikacji do Programu

Imię i nazwisko:.....

Adres: .....

.....

Nr telefonu .....

### Pełniona rola

- A. Wolontariusz PZC lub parafialnego zespołu charytatywnego
- B. Wolontariusz Caritas
- C. Pracownik Caritas
- D. Ksiądz w parafii
- E. Inna – jaka?

.....

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

- a) spełnia kryteria kwalifikacji do Programu „Na codzienne zakupy” w zakresie wieku i dochodu.
- b) spełnia kryteria kwalifikacji do Programu „Na codzienne zakupy” w zakresie wieku i dochodu, po odjęciu miesięcznych kosztów stałych.
- c) nie spełnia kryteriów kwalifikacji do Programu „Na codzienne zakupy” **w zakresie** (*proszę zaznaczyć którego kryterium nie spełnia osoba zgłaszana do Programu*):

- A. Wiek
- B. Dochodu

2. Rekomenduję przyjęcie osoby do Programu

- TAK
- NIE



**3. W przypadku, gdy osoba zgłaszana nie spełnia kryteriów kwalifikacji do Programu, a rekomenduje Pan/i przyjęcie jej przyjęcie do Programu, proszę opisać sytuację życiową osoby i uzasadnić, dlaczego potrzebuje ona wsparcia finansowego w postaci karty na zakupy:** (np. osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta skutkami wyjątkowego zdarzenia losowego lub katastrofy naturalnej, np. wypadku, pożaru, powodzi, inne)

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Czy zgłaszana osoba jest w stanie sama dysponować Kartą**

*(w tym podejmować decyzje o zakupach)*

- TAK
- NIE

**Uwaga: Wolontariusz lub inna osoba dokonująca wstępnej kwalifikacji nie kopiuje ani nie utrwała żadnych dokumentów okazanych przez osobę zgłaszaną do programu, dokonuje **jedynie wglądu w ich treść celem weryfikacji.****

#### OŚWIADCZENIE OSOBY DOKONUJĄCEJ KWALIFIKACJI

Oświadczam, iż:

1. Nie jestem bliskim członkiem rodziny osoby zgłaszającej do Programu
2. Dochowałem należytej staranności w procesie kwalifikacji Osoby zgłaszanej do Programu, a wszystkie podane powyżej dane zostały przeze mnie zweryfikowane w oparciu o przedłożone mi dokumenty.
3. Oświadczam, że nie powieliłem ani nie utrwałem w inny sposób okazanych mi w procesie kwalifikacji do Programu dokumentów i nie wykorzystam nabytej wiedzy do celów innych niż kwalifikacja do Programu.
4. Oświadczam, że dokonałem rzetelnej oceny kwalifikacji kandydata do Programu, a wszystkie podane powyżej dane są zgodne z prawdą i zweryfikowane.
5. Oświadczam, że jestem świadomy mojej odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy.

.....



Data i podpis 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, adres \_\_\_\_\_
5. Ośrodek Pomocy Społecznej, adres \_\_\_\_\_
6. Inne - proszę opisać \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko kierownika jednostki \_\_\_\_\_

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

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

NR PRZYZNANEJ KARTY

--