

FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRYZNANIA POMOCY
na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem
zbrojnym na terytorium tego państwa

I. OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O PRYZNANIE POMOCY

1.
 (Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

2.
 (Obywatelstwo)

3.
 (Data wjazdu na terytorium RP)

4.
 (Dokument stanowiący podstawę przekroczenia granicy – rodzaj, seria, numer)

5.

 (Adres pobytu, dane kontaktowe: nr tel., adres e-mail)

6. Skład rodziny wymagającej wsparcia:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Sytuacja zdrowotna	Źródło dochodu	
		dzień	mies.	rok					rodzaj	wysokość
1.					M / K		Osoba składająca oświadczenie			
2.										
3.										
4.										
5.										

7. Sytuacja osobista:

<input type="checkbox"/> 1) ubóstwo <input type="checkbox"/> 2) sieroctwo <input type="checkbox"/> 3) bezdomność <input type="checkbox"/> 4) bezrobocie <input type="checkbox"/> 5) niepełnosprawność <input type="checkbox"/> 6) długotrwała lub ciężka choroba <input type="checkbox"/> 7) przemoc w rodzinie <input type="checkbox"/> 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	<input type="checkbox"/> 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego: <input type="checkbox"/> a) rodzina niepełna <input type="checkbox"/> b) rodzina wielodzietna <input type="checkbox"/> 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą <input type="checkbox"/> 13) alkoholizm lub narkomania <input type="checkbox"/> 14) sytuacja kryzysowa <input type="checkbox"/> 16) inna – wskazać jaka:
---	---

8. Sytuacja majątkowa (nieruchomości, pojazdy, oszczędności):

.....

.....
 (podpis osoby składającej oświadczenie)

II. ZAKRES POMOCY NA RZECZ OSOBY/RODZINY¹ (rodzaj, okres świadczenia, wysokość)

świadczenia pieniężne
świadczenia niepieniężne
świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych
inne formy wsparcia

(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

--

(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć kierownika)

¹ Wypełnia ośrodek pomocy społecznej/centrum usług społecznych