

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:

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

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

--

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć kierownika)

1 Wypełnia ośrodek pomocy społecznej/centrum usług społecznych