



Część A

Pieczeńć OPS

**Załącznik nr 5. Skierowanie do otrzymania pomocy żywnościowej
w ramach Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 – Podprogram 2024**

Numer ID BEZ@: 25070_25153

Numer skierowania OPS¹:

1. Imię i nazwisko: Jan Kowalski
2. informacja o osobie zakwalifikowanej/rodzinie osoby zakwalifikowanej

W pkt a, b, c zaznaczyć właściwe

a/ status osoby

- 1) osoba samotnie gospodarująca 2) osoba w rodzinie

b/ dochód osoby/rodziny w odniesieniu do kryterium dochodowego określonego na podstawie art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej ²

- 1) do 100% 2) 100%—265%

c/ powody udzielania pomocy³:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | • ubóstwo |
| <input type="checkbox"/> | • bezdomność |
| <input type="checkbox"/> | • niepełnosprawność |
| <input type="checkbox"/> | • potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności |
| <input type="checkbox"/> | • trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą |
| <input type="checkbox"/> | • inne zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej. |

W pkt d wpisać odpowiednią liczbę

d/ Liczba osób w rodzinie⁴

1) Podział osób w rodzinie ze względu na płeć

Liczba kobiet

Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek⁵:

- | | |
|---|--------------------------------|
| • liczba dzieci w wieku poniżej 18 roku życia | <input type="text"/> |
| • liczba osób młodych w wieku 18-29 lat | <input type="text"/> |
| • liczba osób w wieku 65 lat i starszych | <input type="text" value="1"/> |
| • liczba pozostałych osób | <input type="text"/> |

¹ Należy wypełnić zgodnie z przyjętym w danym OPS sposobem ewidencjonowania skierowań.

² Kwota kryterium dochodowego wynosi 2 056,40 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1590 zł w przypadku osoby w rodzinie. Od 1 stycznia 2025 r. kryteria dochodowe wynoszą odpowiednio 2 676,50 PLN dla osoby samotnie gospodarującej i 2 180,95 PLN dla osoby w rodzinie.

³ Zaznaczyć najistotniejsze powody

⁴ Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie

⁵ Uwzględnić wszystkie grupy wiekowe



3) Podział osób w rodzinie ze względu na grupy docelowe:

- liczba osób z niepełnosprawnościami
- liczba obywateli państw trzecich⁶
- liczba osób obcego pochodzenia i należących do mniejszości (w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie)
- liczba osób bezdomnych
- liczba pozostałych osób

e/ Uczestnictwo osoby/członków rodziny w innych działaniach finansowanych z EFS+

TAK

NIE

Należy podać rodzaj działań oraz wskazać osoby objęte działaniami realizowanymi w ramach EFS

f/ Skierowanie zachowuje ważność przez cały okres realizacji Podprogramu 2024

g/ Nazwa i adres organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej, do której kierowana jest osoba/rodzina

Stowarzyszenie Bank Żywności Suwałki - Białystok, Kowieńska 3/18, 16-400 Suwałki
Gmina Radziłów STOWARZYSZENIE SAMORZĄDÓW DORZECZA BIEBRZY, 500-Lecia 15, 19-213 Radziłów

h/ Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS

.....

i/ Oświadczam, że poinformowano mnie o przetwarzaniu moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) oraz o możliwości przekazywania danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, iż przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania; wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także, że podanie przeze mnie danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym powierzonego administratorowi.

Data i podpis osoby odbierającej skierowanie

.....

⁶ „Obywatel państwa trzeciego” oznacza osobę niebędącą obywatelem Unii Europejskiej, w tym bezpaństwowców i osoby o nieokreślonym obywatelstwie.



Część B
OŚWIADCZENIE

....., dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód netto / dochód netto mojej rodziny w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia oświadczenia wyniósłzł, słownie:

Liczba członków rodziny⁷ pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi osoby/osób.

Oświadczam, że w miesiącu dochód netto na osobę w rodzinie wyniósł zł.
Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Podpis



**INFORMACJA wraz z OŚWIADCZENIEM
NA POTRZEBY DYSTRYBUCJI I KONTAKTU**

a/ Celem przekazania paczki na adres domowy dobrowolnie przekazuję mój adres:

.....

b/ Celem uzyskania informacji o miejscu i czasie odbioru paczki żywnościowej dobrowolnie przekazuję mój numer telefonu:

.....

c/ W przypadku braku możliwości odbioru paczki żywnościowej przez moją osobę upoważniam następujące osoby do odbioru paczki w moim imieniu oraz podpisania potwierdzenia odbioru paczki na załączniku numer 3 / 3a do wytycznych:

.....

.....

d/ Dodatkowe uwagi oraz informacje:

.....

Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych, w tym adresu zamieszkania i numeru telefonu.

.....
Podpis

⁷ Przez członków rodziny rozumie się osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.