



Część A

.....
Pieczęć OPS

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

Numer skierowania¹.....

1. Imię i nazwisko Nr telefonu.....

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:

- ☐ ubóstwo;
- ☐ bezdomność;
- ☐ niepełnosprawność;
- ☐ potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- ☐ trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
- ☐ 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

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

³ Zaznaczyć najistotniejsze powody

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



Fundusze Europejskie
na Pomoc Żywnościową

Dofinansowane przez
Unię Europejską



2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek⁵:

- liczba dzieci w wieku poniżej 18 roku życia
- liczba osób młodych w wieku 18-29 lat
- liczba osób w wieku 65 lat i starszych
- liczba pozostałych osób

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

.....

h/ Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS

.....

⁵ Uwzględniać wszystkie grupy wiekowe

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



**Fundusze Europejskie
na Pomoc Żywnościową**

**Dofinansowane przez
Unię Europejską**



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

.....

