



.....
Pieczęć OPS

**Skierowanie do otrzymania pomocy żywnościowej w ramach
Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy
Najbardziej Potrzebującym (FEAD)**

Nr

1. Imię i nazwisko:

2. Informacja o osobie/rodzinie:

(w pkt. a, b, c, e zaznaczyć właściwe, w pkt. d, f, g wpisać odpowiednio)

a. status osoby:

- osoba samotnie gospodarująca
 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:

- do 100%
 100% -150%

c. powody udzielania pomocy¹:

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

d. liczba osób w rodzinie²:

1) Podział na płeć:

Liczba kobiet

Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek³:

– liczba dzieci w wieku do 15 lat lub poniżej

¹ Zaznaczyć najistotniejsze powody

² Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie, wymienioną w pkt. 1

³ Uwzględnić wszystkie grupy wiekowe



– liczba osób w wieku 65 lat lub powyżej

– liczba pozostałych osób

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

– liczba bezdomnych

– liczba bezrobotnych

– liczba migrantów, w tym osób obcego pochodzenia, mniejszości narodowych

– liczba niepełnosprawnych

– liczba pozostałych osób

e. Uczestnictwo osoby/członków rodziny w działaniach finansowanych z EFS:

TAK

NIE

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

f. Termin obowiązywania skierowania:

(wpisać właściwą datę)

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

**DRZEWICKIE CENTRUM WOLONTARIATU „OFIARNA DŁOŃ”
26-340 Drzewica, ul. Stanisława Staszica 5**

h. Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS:

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis



Ministerstwo Pracy
i Polityki Społecznej

**PROGRAM OPERACYJNY
POMOC ŻYWNOŚCIOWA
2014-2020**



UE
EUROPEJSKI FUNDUSZ POMOCY
NAJBARDZIEJ POTRZEBUJĄCYM

i. Oświadczenie:

Oświadczam, że nie otrzymuje pomocy żywnościowej w ramach PO PŻ z innej organizacji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez OPS dla potrzeb realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Ustawa z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) oraz na przekazywanie danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Mam prawo wglądu i poprawiania swoich danych.

Data i podpis osoby odbierającej skierowanie:

.....
Data

.....
Czytelny podpis



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

**DRZEWICKIE CENTRUM WOLONTARIATU „OFIARNA DŁOŃ”
26-340 Drzewica, ul. Stanisława Staszica 5**

WYPEŁNIA OPR/OPL⁴:

1. Kwalifikacja do udzielenia pomocy:

- TAK - pomoc stała w formie paczek,
- TAK - pomoc stała w formie posiłku,
- NIE - odmowa udzielenia pomocy:
 - nie spełnia kryterium dochodowego,
 - brak przesłanek do udzielenia pomocy.

Uzasadnienie zakwalifikowania do udzielenia pomocy/odmowy udzielenia pomocy⁵:

2. Pomoc przyznaje się na okres:

(od..... do.....)

3. Data i podpis przedstawiciela organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej przyjmującego skierowanie do udzielenia pomocy w ramach PO PŻ:

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis

⁴ OPR – organizacja partnerska regionalna, OPL – organizacja partnerska lokalna

⁵ Niepotrzebne skreślić