***\*UWAGA !!! wypełnia wolontariusz lub osoba dokonująca kwalifikacji do programu***

**REKOMENDUJĘ PANIĄ/PANA ………………………………………………………………………………………….**

**DO PROGRAMU „KARTA DOBRA” - edycja 2024/2025**

*liczba przyznanych punktów …...*

Osoba wymaga regularnego wsparcia:

□ nie wymaga

□ jeżeli wymaga to w jakiej formie? ……………………………………………… *\*proszę opisać*

**DANE WOLONTARIUSZA/OSOBY DOKONUJĄCEJ KWALIFIKACJI DO PROGRAMU**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………….
2. Adres: ……………………………………………………………………………………………
3. Nr telefonu ……………………………………………………………………………………
4. Adres email ……………………………………………………………………………………

**Oświadczenie Wolontariusza/Osoby kwalifikującej do Programu**

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z celami, Regulaminem Ogólnym i Regulaminem Rekrutacji Programu „Karta Dobra” oraz sytuacją osoby wnioskującej o przyjęcie lub zgłaszanej do Programu  
i zgodnie z moją najlepszą wiedzą oświadczam, że:

Proszę zaznaczyć jedno z poniższych stwierdzeń:

1. □ Osoba ta **spełnia** kryteria kwalifikacji do programu pomocy „Karta Dobra” dot. wieku i dochodu  
   i rekomenduję jej przyjęcie do Programu.
2. □ Osoba ta **nie spełnia** kwalifikacji do Programu „Karta Dobra”.

Proszę podać jakie okoliczności dotyczące **sytuacji finansowej, mieszkaniowej lub życiowej** przemawiają za przyjęciem tej osoby do Programu, proszę opisać jej historię:

*\*w szczególności prosimy opisać, czym są spowodowane trudności finansowe np. niskimi dochodami, dużymi wydatkami na podstawowe potrzeby np. leczenie, leki, rehabilitację, konieczność utrzymywania niepełnosprawnych dorosłych dzieci, obciążenie spłatą kredytów itp. Jaka jest sytuacja mieszkaniowa - trudności bytowe, a w tym w szczególności: mieszkanie niedostosowane do potrzeb osób starszych np. znajdujące się na wysokim piętrze w budynku bez windy, brak: toalety, łazienki, bieżącej wody, ogrzewania, zły stan lokalu, osoba znajduje się w kryzysie bezdomności itp. Prosimy o opisanie również sytuacji życiowej wnioskodawcy w szczególności prosimy opisać jej niepełnosprawność, przewlekłe choroby somatyczne lub psychicznie, czy ta osoba jest samotna i pozbawiona wystraczającej opieki na co dzień, dotknięta skutkami katastrof naturalnych lub wyjątkowych zdarzeń losowych np. pożar)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..…………*\*ciąg dalszy na drugiej stronie*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

..………………………………………………………………………………………..

Data oraz podpis Wolontariusza/osoby dokonującej kwalifikacji do Programu