***\*UWAGA !!! wypełnia osoba wnioskująca lub zgłaszana do programu***

**FORMULARZ KWALIFIKACJI UCZESTNIKA PROGRAMU „KARTA DOBRA” - edycja 2024/2025**

**Dane osoby zgłaszanej do Programu:**

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..………………………………………………
2. Adres: ……………………………………………………………………………………………………….……………………………

Data urodzenia ………………………………………… 4) Nr telefonu ……………………………………………………

**Dane kontaktowe osoby wnioskującej o przyjęcie do Programu osoby zgłaszanej:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………Nr telefonu ……………………………………………………

**Oświadczenie osoby wnioskującej o przyjęcie lub zgłaszanej do programu**.

Informacja o dochodach oraz sytuacji mieszkaniowej i życiowej. Proszę zaznaczyć poprzez postawienie znaku „X” przy stwierdzeniu, które odzwierciedla Pana/Pani sytuację dochodową, mieszkaniową i życiową:

1. **Dochód wnioskodawcy mieści się w przedziale:**

*\*Przy wyliczeniu dochodu powinniśmy uwzględnić dochody ze wszystkich źródeł, w tym emerytury, renty, zasiłki z pomocy społecznej i inne świadczenia, z wyjątkiem dodatku pielęgnacyjnego dla osób, które skończyły 75 lat lub nie są zdolne do samodzielnej egzystencji.*

1. □ 400-600 zł na osobę
2. □ 600-800 zł na osobę
3. □ 800-1200 zł na osobę
4. □ 1200-1500 zł na osobę
5. □ powyżej 1500 zł na osobę
6. **Dochód wnioskodawcy po dokonaniu wszystkich opłat mieści się w przedziale:**

□ 0-600 zł na osobę

*\*Przy wyliczeniu dochodu powinniśmy uwzględnić bieżące miesięczne wydatki związane np. z opłatą za mieszkanie, leki i koszty rehabilitacji, i inne stałe wydatki.*

*UWAGA!: Nie odliczamy wydatków na zakup odzieży i obuwia oraz innych okazjonalnych dóbr, które nie są przedmiotami pierwszej potrzeby.*

□ powyżej -600 zł na osobę

1. **Sytuacja mieszkaniowa wnioskodawcy:**
2. □ Osoba bezdomna
3. □ Mieszkanie, w którym mieszka nie posiada dostępu do:

* □ bieżącej wody
* □ łazienki
* □ centralnego ogrzewania

1. □ Budynek/mieszkanie wymaga pilnego remontu
2. □ Mieszkanie znajduje się powyżej 2 piętra w budynku bez windy
3. □ Inne[[1]](#footnote-1)…………………………………………………………………………………………
4. **Sytuacja życiowa wnioskodawcy:**
5. □ Osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym lub znacznym albo przewlekle chora somatycznie   
   lub psychicznie
6. □ Osoba samodzielnie prowadząca gospodarstwo domowe
7. □ Osoba samotna i pozbawiona wystraczającej opieki na co dzień
8. □ Osoba dotknięta skutkami katastrof lub zdarzeń losowych

Jakich?\* …………………………………………………………………………………………

1. □ Inne\*…………………………………………………………………………………………
2. **Co jest dla Pani/Pana osobiście największą wartością tego programu a co wyzwaniem?:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

*\*proszę opisać*

…………..……………………………………………………………..

Data i czytelny podpis osoby wnioskującej lub zgłaszanej do programu

1. *proszę opisać* [↑](#footnote-ref-1)