

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO REGULAMINU – WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA W
RAMACH PROGRAMU POCZTA OBIADOWA REALIZOWANEGO PRZEZ
STOWARZYSZENIE NASZA SZCZYCIEŃSKA ZIEMIA**

WYPEŁNIA OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O UDZIELENIE WSPARCIA

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Płeć	
Nr telefonu	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku/ Nr mieszkania	
Imię i nazwisko oraz nr telefonu do osoby kontaktowej lub członka rodziny	
Kryteria podstawowe	☐ osoba niezdolna do samodzielnego przygotowania posiłków ☐ osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności (podać stopień) ☐ osoba przewlekłe chora (rodzaj schorzenia) ☐
Zamieszkiwanie	☐ samotnie ☐ z innymi osobami (podać z kim) ☐

Sytuacja rodzinna: ☐ nie mam dzieci ☐ mam dzieci (podać poniższe dane)

Data urodzenia	Miejsce zamieszkania	zawód

Dochody

Źródło dochodu	TAK/NIE	Kwota dochodu
Emerytura / renta		
Zasiłek stały		
Wynagrodzenie		
Dodatek pielęgnacyjny		
Dodatek kombatancki		
Dodatek kompensacyjny		
Inne (jakie)		

Wydatki

Opis	Kwota
czynsz	
opłaty za elektryczność (wysokość ostatniej prognozy)	
opłaty za gaz (wysokość ostatniej prognozy)	
wywóz nieczystości	
abonament RTV	
telewizja kablowa i/lub Internet	
telefon (abonament/doładowania)	
leki i leczenie	
Inne (np. raty kredytów, alimenty, zajęcie komornicze, itp.)	

1. Nie wymagam specjalistycznego żywienia ani diety specjalistycznej bądź zawierającej wykluczenie składnikowe z uwagi na alergie czy nietolerancje pokarmowe (UWAGA: specjalistyczna dieta lub wykluczenia pokarmowe wykluczają z udziału w Programie)
 - ☐ WYMAGAM
 - ☐ NIE WYMAGAM
2. W przypadku udzielenia wsparcia w ramach Programu wybieram dietę
 - ☐ STANDARDOWĄ
 - ☐ LEKKOSTRAWNĄ
3. W przypadku udzielenia wsparcia w ramach Programu wyrażam zgodę na umieszczenie przez Stowarzyszenie naklejki z kodem QR po wewnętrznej stronie drzwi wejściowych w miejscu mojego zamieszkania oraz zobowiązuję się do okazania w/w kodu kierowcy dostarczającemu posiłki podczas każdej dostawy posiłków, celem jego zeskanowania. Przyjmuję do wiadomości, że cofnięcie powyższej zgody albo usunięcie z drzwi wejściowych kodu QR równa się rezygnacji z udziału w Programie Poczta Obiadowa.
 - ☐ TAK
 - ☐ NIE
4. Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są prawdziwe
5. Potwierdzam fakt otrzymania „Informacji o przetwarzaniu danych osobowych w związku z naborem do Programu Poczta Obiadowa i jego realizacją.

Podpis osoby ubiegającej się o wsparcie