

**WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA W RAMACH PROGRAMU POCZTA OBIADOWA
REALIZOWANEGO PRZEZ STOWARZYSZENIE NASZA SZCZYCIEŃSKA ZIEMIA**

WYPEŁNIA OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O UDZIELENIE WSPARCIA

I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

- **Imię i nazwisko:**
- **Numer PESEL:** (wymagany do weryfikacji)
- **Data urodzenia:**
- **Wiek:** [] Osoba 70+ [] Osoba 60-69 lat (wymaga uzasadnienia trudnej sytuacji)
- **Płeć:** [] Kobieta [] Mężczyzna
- **Adres dostawy:**
.....
- **Nr telefonu:**
- **Osoba kontaktowa / członek rodziny (imię i nr tel.):**

II. KRYTERIA KWALIFIKACJI

1. Stan zdrowia i samodzielność:

- [] osoba niezdolna do samodzielnego przygotowania posiłków
- [] osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności (stopień:))
- [] osoba przewlekle chora (rodzaj schorzenia:))

2. Sytuacja bytowa:

- Zamieszkiwanie: [] samotnie [] z innymi osobami (z kim:))
- [] Oświadczam, że nie uzyskuję wsparcia w przygotowaniu posiłków ze strony bli-
skich
- Czy korzysta Pan/Pani z usług opiekuńczych? [] TAK [] NIE
- Jeśli TAK, czy obejmują one przygotowanie posiłków? [] TAK [] NIE

3. Wybór wariantu posiłku:

- Preferowana dieta: [] standardowa [] lekkostrawna
- *(Program nie zapewnia diet specjalistycznych z wykluczeniami składnikowymi)*

III. DOCHODY (Miesięczny dochód netto)

Źródło dochodu	Kwota dochodu (zł)
Emerytura / renta	
Zasiłek stały / celowy	
Dodatki (pielęgniacyjny, kombatancki, inne)	
Wynagrodzenie / Inne	
ŁĄCZNY DOCHÓD NETTO GOSPODARSTWA: zł
DOCHÓD NA OSOBĘ W RODZINIE: zł

IV. WYDATKI MIESIĘCZNE

Opis wydatku	Kwota (zł)	Opis wydatku	Kwota (zł)
Czynsz		Telefon / Internet	
Prąd / Gaz (prognoza)		Leki i leczenie	
Wywóz nieczystości		Inne (raty, alimenty)	

V. OBOWIĄZKOWE OŚWIADCZENIA I ZGODY

1. Oświadczam, że nie otrzymuję wsparcia w ramach aktualnych edycji programów Fundacji Biedronki: „Karta Dobra” oraz „Na codzienne zakupy”.
2. Wyrażam zgodę na umieszczenie kodu QR w formie naklejki po wewnętrznej stronie moich drzwi wejściowych w celu potwierdzania dostaw przez kierowcę.
3. Zobowiązuję się do przestrzegania zasad przechowywania i spożycia posiłków wskazanych przez dostawcę.
4. Potwierdzam otrzymanie Klauzuli Informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych przez Stowarzyszenie oraz Fundację Biedronki.
5. Oświadczam, że otrzymałem/am, zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu udzielania pomocy społecznej w ramach Programu „Poczta Obiadowa” realizowanego przez Stowarzyszenie Nasza Szczycieńska Ziemia
6. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

.....
(Miejscowość, data i czytelny podpis Wnioskodawcy)