

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY DO PROGRAMU

„KARTA DOBRA” Nr.....

Imię i Nazwisko Wnioskującego

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

.....

PESEL (weryfikacja wieku na podstawie dokumentu tożsamości)

.....

Wiek wnioskującego

.....

Dochód miesięczny netto Wnioskującego przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym

.....

Dodatkowe informacje

1) Czy wnioskujący choruje przewlekłe, posiada orzeczenie o niepełnosprawności, potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niezdolność do samodzielnej egzystencji?

TAK/NIE

.....

.....

2) Koszty istotnych, powtarzalnych i nieuniknionych wydatków obciążających domowy budżet (np. stałe koszty leczenia, opieki, rehabilitacji, utrzymania dorosłych dzieci z niepełnosprawnościami, indywidualnej opieki specjalistycznej itp. – weryfikacja na podstawie okazanych dokumentów:

KWOTA:

.....

3) Trudna sytuacja mieszkaniowa (w szczególności brak: toalety, łazienki, bieżącej wody, ogrzewania, zły stan lokalu, całkowity brak mieszkania - osoba znajduje się w kryzysie bezdomności itp.):

TAK/NIE

.....

4) Sytuacja rodzinna, w tym zdolność rodziny/bliskich do udzielenia pomocy osobie potrzebującej:

.....

5) Wsparcie uzyskiwane z pomocy społecznej/innych źródeł z określeniem poziomu zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych:

TAK/NIE

.....

6) Sytuacja życiowa – Wnioskodawca został dotknięty skutkami katastrof naturalnych lub wyjątkowych zdarzeń losowych np. pożar, powódź, itp., a także osoby przebywające na terytorium Polski w związku z doświadczeniem uchodźstwa lub przymusowej migracji:

TAK/NIE

.....

7) Czy potrzebujesz wsparcia przy dokonywaniu zakupów?

TAK/NIE

8) Dochód rozporządzalny netto:

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, które zamieściłam/em w formularzu kwalifikacyjnym do programu „Karta Dobra” oraz załączonych do niego dokumentów, zgodnie z

rozporządzeniem RODO (UE 2016/679). Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

Katowice, dnia

Czytelny podpis Wnioskującego

Lista załączników do wniosku nr

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sprawdzono poprawność danych podanych we wniosku z załącznikami.

Katowice, dnia

Podpis osoby przyjmującej wniosek

Suplement do Formularza kwalifikacyjnego do programu o numerze

Analiza szczegółowa sytuacji finansowej Wnioskującego – ocena i weryfikacja dochodu rozporządzalnego netto:

1. **Dochód miesięczny netto** Wnioskującego przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym, na podstawie przedstawionych przez Wnioskodawcę dokumentów potwierdzających, wynosi:

..... zł

2. Koszty istotnych, powtarzalnych i nieuniknionych wydatków obciążających domowy budżet Wnioskodawcy z wyszczególnieniem ich kategorii:

- Stałe koszty leczenia wynoszą, opieki i rehabilitacji, w tym zakup leków (o ile dotyczy),

w tym:

.....

wynoszą:

..... zł

Stałe koszty utrzymania dorosłych dzieci z niepełnosprawnościami (o ile dotyczy),

w tym:

.....

wynoszą:

..... zł

Stałe koszty indywidualnej opieki specjalistycznej (o ile dotyczy), w tym:

.....

wynoszą:

..... zł

- Stałe ponadnormatywne koszty utrzymania mieszkania, wykraczające ponad przyjęte w Regulaminie kryterium normatywnych kosztów utrzymania mieszkania, czyli normatywne koszty utrzymania mieszkania wynoszą 1015,00 zł dla jednoosobowego gospodarstwa i 1250,00 zł dla dwuosobowego gospodarstwa domowego (czynsz, prąd, gaz, woda, ścieki, ogrzewanie).

Kwota za utrzymanie mieszkania Wnioskodawcy, w tym:

.....

wynosi:

..... zł

Kwota wykraczająca ponad normatywny koszt utrzymania mieszkania wynosi (wliczana do istotnych kosztów, obliczana: koszty utrzymania minus przyjęte kryterium normatywnych kosztów):

..... zł

- Inne wydatki nieujęte powyżej (o ile dotyczy), w tym:

.....

wynoszą:

..... zł

Suma wszystkich istotnych, powtarzalnych i nieuniknionych wydatków, wynosi:

..... zł

3. **Wartość dochodu rozporzadzalnego netto:** zł

Wykluczenia z uzyskania pomocy (zaznaczyć odpowiednie):

1. Podopieczny to pracownik i członek rodziny pracowników lub współpracowników Uczestnika oraz wolontariuszom działającym w Programie:

Tak Nie

2. Więcej niż 1 (jedna) Karta dobra dla danej osoby lub w ramach jednego gospodarstwa domowego oraz dla osób, które korzystają z programów Fundacji opartych o pomoc w postaci kart na zakupy tj. „Na codzienne zakupy” oraz „Witamy i pomagamy – zakupy”

Tak Nie

3. Osoba jest mieszkańcem/mieszkanką placówki opiekuńczej

Tak Nie

Katowice, dnia

.....

Podpis osoby przyjmującej wniosek