

**FORMULARZ KWALIFIKACYJNY DO PROGRAMU
 „POCZTA OBIADOWA 2026/2027” Nr.....**

1) Imię i Nazwisko Wnioskującego:

.....

2) Adres zamieszkania:

.....

3) Numer telefonu:

.....

4) PESEL (weryfikacja wieku na podstawie dokumentu tożsamości):

.....

5) Wiek wnioskującego (*na dzień złożenia formularza kwalifikacyjnego*):

.....lat.

6) Proszę określić stopień Pani/Pana możliwości w zakresie samodzielnego przygotowania ciepłych posiłków (*proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*):

- Całkowicie nie jestem w stanie samodzielnie przygotować dla siebie ciepłych posiłków.
 Mam duże trudności w przygotowaniu ciepłych posiłków dla siebie, ze względu na stan zdrowia, dlatego rezygnuję z ich przygotowania.
 Przygotowuję sobie ciepłe posiłki z drobnymi utrudnieniami.
 Nie mam problemów z przygotowaniem ciepłych posiłków.

7) Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o niepełnosprawności?¹

- Tak Nie

Jeśli TAK – proszę zaznaczyć jaki stopień:

- Znaczny Umiarkowany Lekki

8) Czy posiada Pani/Pan wsparcie bliskich w zakresie przygotowywania lub dostarczania posiłków?

- Tak Nie

¹ Wymagane jest aby na etapie aplikowania i złożenia formularza kwalifikacyjnego dołączyć kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności oraz przedstawić oryginał dokumentu do wglądu.

Jeśli TAK – proszę opisać zakres otrzymywanego wsparcia:

.....

9) Czy wymaga Pani/Pan specjalistycznej diety lub żywienia z wykluczeniami składnikowymi (np. alergie, nietolerancje pokarmowe)?

- Tak Nie

Jeśli TAK – proszę opisać wymagania:

.....

10) Czy ze względów zdrowotnych potrzebuje Pani/Pan posiłków w wersji lekkostrawnej?

- TAK – dieta lekkostrawna NIE – dieta standardowa

11) Czy jest Pani/Pan w stanie zapewnić właściwe przechowywanie i bezpieczne spożywanie dostarczanych posiłków zgodnie z zaleceniami dostawcy?

- Tak Nie

Jeśli TAK – proszę opisać w jaki sposób:

.....

12) Czy korzysta Pani/Pan z usług opiekuńczych?

- Tak Nie

Jeśli TAK – proszę wskazać jakie to wsparcie. Jeżeli w Pani/Pana ocenie jest niewystarczające to proszę uzasadnić dlaczego:

.....

13) Czy korzysta Pani/Pan ze wsparcia w ramach programów Fundacji Biedronka:

- „Karta Dobra”
- „Na codzienne zakupy”

- Tak Nie

Jeśli TAK – proszę opisać swoją sytuację, która pozwoli Pana/Panią zakwalifikować do dodatkowego wsparcia w ramach Programu „Poczta Obiadowa”:

.....

.....
.....

14) Czy uzyskuje Pan/Pani miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym, nieprzekraczający brzegową kwotę **1869,00 zł** minimum socjalnego zgodnie z dokumentem „Poziom i struktura minimum socjalnego w cenach z I kwartału 2025r.” opracowanym przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych z dn. 30.06.2025?

Tak Nie

Uzasadnienie dochodu netto:

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

..... zł

b) 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:

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

kwota:

..... zł

- Stałe koszty utrzymania dorosłych dzieci z niepełnosprawnościami (o ile dotyczy), w tym:

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

kwota:

..... zł

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

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

kwota:

..... 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:

.....

kwota:

..... 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:

.....

kwota:

..... zł

Suma wszystkich istotnych, powtarzalnych i nieuniknionych wydatków,
 wynosi:

..... zł

- c) **Wartość dochodu netto przypadającego na jedną osobę w gospodarstwie domowym:**

..... zł

Podpisem deklaruję, iż zapoznałam/łem się z Regulaminem udzielania świadczeń z zakresu pomocy społecznej – wsparcia w ramach programu Poczta Obiadowa 2026/2027 realizowanym przez Fundację Animacji Społecznej i Ekonomii Społecznej i akceptuję jego zapisy.

