…………………………………………………………… **Załącznik Nr 5 do wytycznych**   
 Pieczęć OPS

**Skierowanie do otrzymania pomocy żywnościowej   
w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020   
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym (FEAD)**

**Nr …………**

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………

2. informacja o osobie/rodzinie

***W pkt a, b, c zaznaczyć właściwe***

**a/ status osoby**

1) osoba samotnie gospodarująca 2) osoba w rodzinie

**b/ dochód osoby/rodziny** w odniesieniu do kryterium dochodowego określonego na podstawie art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej

1) do 100% 2) 100% -150%

**c/ powody udzielania pomocy**[[1]](#footnote-1):

ubóstwo;

bezdomność;

bezrobocie;

niepełnosprawność;

potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

inne

***W pkt d wpisać odpowiednią liczbę***

**d/ Liczba osób w rodzinie**[[2]](#footnote-2)

1. Podział na płeć

Liczba kobiet Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek[[3]](#footnote-3):

* liczba dzieci w wieku do 15 lat lub poniżej
* liczba osób w wieku 65 lat lub powyżej
* liczba pozostałych osób

3) Podział osób w rodzinie ze względu na grupy docelowe:

* liczba bezdomnych
* liczba bezrobotnych
* liczba migrantów, w tym osób obcego pochodzenia,

mniejszości narodowych

* liczba niepełnosprawnych
* liczba pozostałych osób

**f/ Opis sytuacji osoby składającej oświadczenie**

**g/ Kwalifikacja do udzielenia pomocy (*zaznacza przedstawiciel organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej*)2**

TAK - pomoc stała w formie paczek

TAK - pomoc stała w formie posiłku

NIE - odmowa udzielenia pomocy a/ nie spełnia kryterium dochodowego

b/ brak przesłanek do udzielenia pomocy

**e/ Uczestnictwo osoby/członków rodziny w działaniach finansowanych z EFS**

**TAK NIE**

Należy podać rodzaj działań oraz wskazać osoby objęte działaniami realizowanymi w ramach EFS

**f/ Pomoc przyznaje się na okres (od …………… do…………..)**

**…………………………………………………………**

**g/ Nazwa i adres organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej, do której kierowana jest osoba/rodzina**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**h/ Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS/organizacji partnerskiej regionalej/lokalnej**

**…………………………………………………………**

**i/** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez OPS dla potrzeb realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Ustawa   
z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926  
ze zm.) oraz na przekazywanie danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Mam prawo wglądu i poprawiania swoich danych.

**Data i podpis osoby odbierającej skierowanie**

**…………………………………………………………**

1. Zaznaczyć najistotniejsze powody [↑](#footnote-ref-1)
2. Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie, wymienioną w pkt 1 [↑](#footnote-ref-2)
3. Uwzględniać wszystkie grupy wiekowe [↑](#footnote-ref-3)