**Кваліфікаційна анкета громадянина України щодо звільнення з участі у витратах на допомогу відповідно до положень ст. 12 ч. 17 закону   
від 12 березня 2022 р. *про допомогу громадянам України у зв’язку зі збройним конфліктом на території цієї держави***

|  |  |
| --- | --- |
| **Адреса перебування:**  **(контактні дані)** |  |
| **Ім’я та прізвище:** |  |
| **Дата першого перетину кордону Республіки Польща після 24.02.2022 р.:** |  |
| **Номер PESEL і дата його видачі:** |  |
| **Стать:** | жіноча чоловіча |
| **Дата народження:** |  |
| **Я заявляю, що відповідаю наступній умові, яка дає мені право на звільнення з участі у витратах на допомогу відповідно до положень закону про допомогу громадянам України у зв’язку зі збройним конфліктом на території цієї держави (*позначити X відповідну*):** | маю рішення про інвалідність або групу інвалідності або рішення, про яке йдеться у ст. 5 закону від 27 серпня 1997 р. *про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування осіб з інвалідністю* |
| опікуюсь особою з інвалідністю, яка має польське рішення про інвалідність або групу інвалідності або рішення про яке йдеться у ст. 5 закону від 27 серпня 1997 р. про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування осіб з інвалідністю:  ……………………………………………………………………………………………………………………..  (ім’я, прізвище, PESEL особи, яка знаходиться під опікою) |
| мені виповнилось 60 років (у випадку жінок),  мені виповнилось 65 років (у випадку чоловіків) |
| я вагітна жінка |
| я виховую дитину віком до 12 місяців  …………………………………………………………………………………………  (ім’я, прізвище, PESEL дитини) |
| самостійно здійснюю опіку на території Республіки Польща над трьома або більше дітьми   1. ………………………………………………………………………………………………….. 2. ………………………………………………………………………………………………………………….. 3. …………………………………………………………………………………………………………………. 4. ………………………………………………………………………………………………………………… 5. …………………………………………………………………………………………………………………   (імена, прізвища, PESEL дітей) |
| я є тимчасовим опікуном встановленим для малолітнього, про якого йдеться у ст. 25а ч.1 закону |
| я дію від імені малолітніх, які перебувають під моєю опікою:   1. …………………………………………………………………………………………………………………. 2. …………………………………………………………………………………………………………………. 3. …………………………………………………………………………………………………………………. 4. …………………………………………………………………………………………………….…………… 5. ………………………………………………………………………………………………………………….   (імена, прізвища, PESEL дітей) |
| я перебуваю у складній життєвій ситуації, яка не дозволяє мені брати участь у витратах на допомогу, оскільки (*написати обґрунтування*):  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………….. |
| **Заявляю,** що вказані дані відповідають дійсності.  **Заявляю**, що у випадку змін, які можуть вплинути на право до виключення з участі у витратах на допомогу згідно з положеннями закону про допомогу громадянам України у зв’язку із збройним конфліктом на території цієї держави, негайно повідомлю про це представників суб’єкта, який надає допомогу.  ………………………………………………. .……..…………………………………………….  **дата розбірливий підпис громадянина України** | |