Załącznik nr 1 do *Regulaminu otrzymania i użytkowania „Karty dobra”*

Formularz kwalifikowania
do Programie *„Karta dobra”* Fundacji Biedronki 2025/2026

I. DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko …….....

Data urodzenia ..... Wiek ……

PESEL …….

Adres zamieszkania ……

Stan cywilny ……

Numer telefon …… Adres email: ……

II. INFORMACJE O GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Liczba osób w gospodarstwie domowym ……

III. KRYTERIA PODSTAWOWE KWALIFIKUJĄCE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE

Proszę zaznaczyć kryteria, które Pana/Panią dotyczą.

- ☐ Jestem osobą w wieku powyżej 60 lat
- ☐ Jestem osobą, której dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym, nieprzekracza kwoty 1869 zł, zgodnie z minimum socjalnym dla gospodarstw emeryckich jedno i dwuosobowych.
- ☐ Jestem osobą w trudnej sytuacji życiowej.

Oświadczenie osoby zgłaszającej się do programu

1. Informacje o dochodzie:

Dochód	Kwota miesięcznie
emerytura	
renta	
wynagrodzenie za pracę	
zasiłki z pomocy społecznej (proszę wymienić jakie, np. okresowy, stały, pielęgnacyjny, dodatek mieszkaniowy ……	
Inne, jakie? Proszę wpisać ……	

2. Dochód netto na osobę wynosi ……

Uwaga: Wyliczając dochód wlicza się dochody ze wszystkich źródeł (niezbędne jest potwierdzenie wysokości dochodu netto (m.in. zaświadczenie/decyzja z ZUS/KRUS, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej, wyciąg z rachunku bankowego z ostatnich 3 miesięcy itp.).

Uzasadnienie trudnej sytuacji życiowej

Proszę zaznaczyć kryteria, które Pana/Panią dotyczą.

- ☐ Jestem osobą w złej sytuacji mieszkaniowej (brak toalety, łazienki, bieżącej wody, ogrzewania, zły stan lokalu, kryzys bezdomności itp.).
- ☐ Jestem osobą w złym stanie zdrowia, osobą niepełnosprawną, osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji* (np. możliwość poruszania się, samodzielnego przygotowania posiłku, robienia zakupów, porozumiewania się z otoczeniem itp.).
- ☐ Jestem w trudniej sytuacji rodzinnej (brak wsparcia bliskich lub niewystarczająca pomoc*).
- ☐ Jestem osobą otrzymującą/nieotrzymującą* wsparcie , które jest niewystarczające.
- ☐ Jestem osobą w trudnej sytuacji życiowej (mierzę się ze skutkami katastrof naturalnych, pożaru, powodzi itp., jestem osobą przebywającą na terytorium Polski w związku z doświadczeniem uchodźctwa lub przymusowej migracji, znajdującą się w trudnej sytuacji życiowej*).

IV. POTRZEBA WSPARCIA WOLONTARIUSZA

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy w dokonywaniu zakupów z użyciem „Karty dobra”?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to w jakich czynnościach? ……

V. CZY JEST PAN/PANI UZALEŻNIONY/A OD:

a) alkoholu
b) narkotyków, środków uspokajających
c) innych jakich?.....

☐ Tak ☐ Nie

VI. OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że dobrowolnie i bez przymusu udostępniam dokumenty poświadczające moją sytuację życiową.
2. Oświadczam, że nie jestem pracownikiem/członkiem, rodziną pracownika/członka lub współpracownika Stowarzyszenia na Rzecz Pomocy Społecznej i Wsparcia Specjalistycznego „Zrozumieć i Pomóc” ani wolontariuszem działającym w Programie „Karta dobra”.
3. Oświadczam, że nie otrzymałem/nie otrzymałam więcej niż 1 „Karty dobra” ani nie otrzymał nikt z mojego gospodarstwa domowego „Karty dobra”.
4. Oświadczam, że nie korzystam z innych programów Fundacji Biedronki opartych o pomoc w postaci kart na zakupy, w tym „Na codzienne zakupy” oraz „Witamy i pomagamy – zakupy”.
5. Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Zobowiązuję się do poinformowania Stowarzyszenia, jeśli moja sytuacja życiowa, w oparciu o ocenę na podstawie, której zostało przyznane wsparcie w ramach Programu ulegnie znaczącej zmianie.

....

Miejscowość i data Podpis Uczestnika Programu

……

Pieczątka i podpis członka/wolontariusza Stowarzyszenia „Zrozumieć i Pomóc”

*właściwe podkreślić

Załącznik nr 1 do *Regulaminu otrzymania i użytkowania „Karty dobra”*

Uzasadnienie objęcia wsparciem Programu „Karta dobra” Podopiecznego

WYPEŁNIA STOWARZYSZENIE:

1) WIEK OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE?

☐ ma ukończone 60 lat

☐ nie spełnia regulaminowego wymagania wiekowego, jednak znajduje się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej.

2) WSKAZANIE WYJĄTKOWYCH OKOLICZNOŚCI UZASADNIAJĄCYCH PODSTAWY ZAKWALIFIKOWANIA DO PROGRAMU (dotyczy w przypadku zaznaczenia odpowiedzi drugiej w pytaniu nr 1):

……..……..

……...

...……

3) DOCHÓD NETTO W RODZINIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE

☐ poniżej 1869 zł

☐ nie spełnia regulaminowego wymagania dochodowego, jednak znajduje się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej.

4) WSKAZANIE WYJĄTKOWYCH OKOLICZNOŚCI UZASADNIAJĄCYCH PODSTAWY ZAKWALIFIKOWANIA DO PROGRAMU (dotyczy w przypadku zaznaczenia odpowiedzi drugiej w pytaniu nr 4):

……..……...

……

……

5) WERYFIKACJA DOCHODU NETTO ORAZ PONOSZONYCH WYDATKÓW NASTĄPIŁA NA PODSTAWIE OKAZANYCH DOKUMENTÓW:

……..……..

……..……...

3) POMOC OSÓB BLISKICH/ INSTYTUCJI

☐ nie może liczyć na wsparcie osób bliskich

☐ pomoc bliskich jest niewystarczająca

☐ nie może liczyć na wsparcie instytucji pomocowych lub pomoc ta jest niewystarczająca

OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O WSPARCIE SPEŁNIA KRYTERIA PODSTAWOWE: TAK/NIE*

Podpisy członków Komisji

1. …….
2. …….
3. …….

*niepotrzebne skreślić