

FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRYZNANIA POMOCY
ФОРМУЛЯР КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ НА НАДАННЯ ДОПОМОГИ
na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem
zbrojnym na terytorium tego państwa
на підставі ст. 29 пкт. 2 Закону про допомогу громадянам України у зв'язку зі
збройним конфліктом на території цієї держави

I. OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O PRYZNANIE POMOCY
ЗАЯВА ОСОБИ ЩО ЗВЕРТАЄТЬСЯ ПРО НАДАННЯ ДОПОМОГИ

1.
 (Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie/im'я і прізвище особи що звертається про допомогу)
2.
 (Obywatelstwo/ Громадянство)
3.
 (Data wjazdu na terytorium RP/Дата в'їзду на територію Республіки Польща)
4.
 (Dokument stanowiący podstawę przekroczenia granicy – rodzaj, seria, numer/(Документ, що є підставою для перетину кордону - тип, серія, номер)
5.
 (Adres pobytu, dane kontaktowe: nr tel., adres e-mail / Адреса проживання, контактні дані: номер телефону, адреса електронної пошти)

6. Skład rodziny wymagającej wsparcia / Склад родини яка потребує допомоги:

| Lp № п/п. | Imię i nazwisko Ім'я та прізвище | Data urodzenia/Дата народження | | | Płeć/ Стать | PESEL/ПЕСЕЛЬ | Stopień pokrewieństwa/stupień спорідненості | Sytuacja zdrowotna/ Стан здоров'я | Źródło dochodu/Джерело доходу | |
|-----------|-------------------------------------|--------------------------------|------------|---------|----------------|--------------|---|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | Dzień /день | mies./міс. | Rok/рік | | | | | Rodzaj/тип | Wysokość/ розмір |
| 1. | | | | | M / K | | Osoba składająca oświadczenie/Osoba, що подає заяву | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | |

7. Sytuacja osobista/ Особиста ситуація:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) ubóstwo/малозабезпеченість особи; <input type="checkbox"/> 2) sieroctwo/сирітство <input type="checkbox"/> 3) bezdomność/бездомність <input type="checkbox"/> 4) bezrobocie/безробіття <input type="checkbox"/> 5) niepełnosprawność/інвалідність <input type="checkbox"/> 6) długotrwała lub ciężka choroba/ тривала або важка хвороба <input type="checkbox"/> 7) przemoc w rodzinie/ домашнє насильство <input type="checkbox"/> 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności/ потреба захистити материнство або багатодітність | <input type="checkbox"/> 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego/ беспорядність у справах догляду та виховання та ведення домашнього господарства : <input type="checkbox"/> a) rodzina niepełna/неповна родина <input type="checkbox"/> b) rodzina wielodzietna/багатодітна родина <input type="checkbox"/> 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą/ труднощі в інтеграції людей, яким надано статус біженця або додатковий захист <input type="checkbox"/> 13) alkoholizm lub narkomania/алкоголізм або наркоманія <input type="checkbox"/> 14) sytuacja kryzysowa/кризова ситуація <input type="checkbox"/> 16) inna – wskazać jaka/ інша-подати яка: |
|---|--|

8. Sytuacja majątkowa (nieruchomości, pojazdy, oszczędności)/ Майновий стан (нерухомість, транспортні засоби, заощадження)::

.....

.....

.....

.....

.....

.....
 (podpis osoby składającej oświadczenie /підпис особи
 яка подає заяву)

II. ZAKRES POMOCY NA RZECZ OSOBY/RODZINY¹/ОБСЯГ ДОПОМОГИ ДЛЯ ОСОБИ / СІМ'Ї
 (rodzaj, okres świadczenia, wysokość/ вид, час допомоги, сума)

| |
|--|
| świadczenia pieniężne/ грошова допомога |
| |
| świadczenia niepieniężne/ допомога у негрошовій формі |
| |
| świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych/негрошова допомога у вигляді послуг з догляду |
| |

¹ Wypełnia ośrodek pomocy społecznej/centrum usług społecznych/ Заповнюється центром соціального забезпечення/центром соціальних служб

inne formy wsparcia/ інші форми підтримки

(miejsowość i data/ місце і дата)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego/ (підпис
та печатка працівника надавача соціальних
послуг)

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej/ Рішення керівника центру
надавача соціальних послуг/:

(miejsowość i data/ місце і дата)

(podpis i pieczęć kierownika/ підпис та печатка
керівника)