

**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 pokrewień- stwa/stupień спорідненості	Sytuacja zdrowotna/ Стан здоров'я	Źródło dochodu/Джерело доходу	
		Dzień /день	mies./ міс.	Rok/pik					Rodzaj/тип	Wysokość/ 'rozmiar
1.					M / K		Osoba składająca oświadczenie/Osoba, що подає заяву			
2.										
3.										
4.										
5.										

**7. Sytuacja osobista/ Особиста ситуація:**

<input type="checkbox"/> 1) ubóstwo/malozabezpečenість 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/ безпорадність 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)::

.....

.....

.....

.....

.....

9. Oświadczam, że nie posiadam zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, statusu uchodźcy, ochrony uzupełniającej, zgody na pobyt tolerowany, nie złożyłem wniosku o ochronę międzynarodową. / Я заявляю, що не маю дозволу на постійне перебування, дозволу на тимчасове перебування, дозволу на довгострокове перебування резидента Європейського Союзу, статусу біженця, додаткового захисту, дозволу на толероване перебування, не подав(ла) та не хочу подавати заяву на міжнародний захист.

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

II. ZAKRES POMOCY NA RZECZ OSOBY/RODZINY<sup>1</sup>/ОБСЯГ ДОПОМОГИ ДЛЯ ОСОБИ / СІМ'Ї  
 (rodzaj, okres świadczenia, wysokość/ вид, час допомоги, сума )

świadczenia pieniężne/ грошова допомога
świadczenia niepieniężne/ допомога у негрошовій формі

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

świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych/негрошова допомога у вигляді послуг з догляду
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)

