

**FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRYZNANIA POMOCY**  
**na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem**  
**zbrojnym na terytorium tego państwa**

**I. OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O PRYZNANIE POMOCY**

1. ....  
 (Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

2. ....  
 (Obywatelstwo)

3. ....  
 (Data wjazdu na terytorium RP)

4. ....  
 (Dokument stanowiący podstawę przekroczenia granicy – rodzaj, seria, numer)

5. ....  
 .....  
 (Adres pobytu, dane kontaktowe: nr tel., adres e-mail)

**6. Skład rodziny wymagającej wsparcia:**

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Sytuacja zdrowotna	Źródło dochodu	
		dzień	mies.	rok					rodzaj	wysokość
1.					M / K		Osoba składająca oświadczenie			
2.										
3.										
4.										
5.										

**7. Sytuacja osobista:**

<input type="checkbox"/> 1) ubóstwo <input type="checkbox"/> 2) sieroctwo <input type="checkbox"/> 3) bezdomność <input type="checkbox"/> 4) bezrobocie <input type="checkbox"/> 5) niepełnosprawność <input type="checkbox"/> 6) długotrwała lub ciężka choroba <input type="checkbox"/> 7) przemoc w rodzinie <input type="checkbox"/> 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	<input type="checkbox"/> 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego: <input type="checkbox"/> a) rodzina niepełna <input type="checkbox"/> b) rodzina wielodzietna <input type="checkbox"/> 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą <input type="checkbox"/> 13) alkoholizm lub narkomania <input type="checkbox"/> 14) sytuacja kryzysowa <input type="checkbox"/> 16) inna – wskazać jaka:
---	---

**8. Sytuacja majątkowa (nieruchomości, pojazdy, oszczędności):**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 (podpis osoby składającej oświadczenie)

**II. ZAKRES POMOCY NA RZECZ OSOBY/RODZINY<sup>1</sup>** (rodzaj, okres świadczenia, wysokość)

świadczenia pieniężne

świadczenia niepieniężne

świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych

inne formy wsparcia

\_\_\_\_\_

(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

\_\_\_\_\_

(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_

(podpis i pieczęć kierownika)

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Wypełnia ośrodek pomocy społecznej/centrum usług społecznych