



Załącznik Nr 6 do wytycznych

**Oświadczenie osoby bezdomnej ubiegającej się o pomoc żywnościową  
w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020  
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym**

1. Imię i nazwisko .....

2. Informacja o osobie/rodzinie

W pkt a, b, c zaznaczyć właściwe

**a/ status osoby**

- 1) osoba samotna      2) osoba w rodzinie

**b/ dochód osoby/rodziny** w odniesieniu do kryterium dochodowego określonego na podstawie art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej

- 1) do 100%      2) 100% -150%

**W pkt c wpisać odpowiednią liczbę**

**c/ Liczba osób w rodzinie<sup>1</sup>**

1) Podział na płeć:

liczba kobiet

liczba mężczyzn

2) Podział na wiek:

liczba dzieci w wieku 15 lub poniżej

liczba osób w wieku 65 lub powyżej

liczba pozostałych osób

**e/ Oświadczenie**

Oświadczam, że nie otrzymuje pomocy żywnościowej w ramach PO PŻ z innej organizacji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Operacyjnego Pomoc żywnościowa 2014-2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Ustawa z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) oraz na przekazywanie danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Mam prawo wglądu i poprawiania swoich danych.

<sup>1</sup> Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie, wymienioną w pkt 1



**Data i podpis osoby składającej oświadczenie .....**

**f/ Opis sytuacji osoby składającej oświadczenie**

**g/ Kwalifikacja do udzielenia pomocy (zaznacza przedstawiciel organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej)<sup>2</sup>**

TAK - pomoc stała w formie paczek

TAK - pomoc stała w formie posiłku

NIE - odmowa udzielenia pomocy a/ nie spełnia kryterium dochodowego

b/ brak przesłanek do udzielenia pomocy

Uzasadnienie zakwalifikowania do udzielenia pomocy/odmowy udzielenia pomocy<sup>2</sup>

**Pomoc przyznaje się na okres (od.....do.....)**

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić

PROGRAM OPERACYJNY  
POMOC ŻYWNOŚCIOWA  
2014 – 2020



Ministerstwo Pracy  
i Polityki Społecznej

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ POMOCY  
NAJBARDZIEJ POTRZEBUJĄCYM



**h/ Data i podpis przedstawiciela organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej<sup>2</sup> przyjmującego oświadczenie i kwalifikującego do udzielenia pomocy w ramach PO PŻ**

data ..... podpis i pieczęć .....