

**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/ 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)::

.....

.....

.....

.....

.....

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

**II. ZAKRES POMOCY NA RZEC 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
świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych/негрошова допомога у вигляді послуг з догляду

<sup>1</sup> Wypełnia ośrodki 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)