PROGRAM OPERACYJNY
POMOC ŻYWNOŚCIOWA
2014-2020

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ POMOCY NAJBARDZIEJ POTRZEBUJĄCYM

Część A

Załącznik Nr 5 do wytycznych

.....
Pieczęć OPS

Skierowanie do otrzymania pomocy żywnościowej
w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym (FEAD)

Nr .....

1. Imię i nazwisko .....

2. informacja o osobie/rodzinie

W pkt a, b, c zaznaczyć właściwe

a/ status osoby

1) osoba samotnie gospodarująca 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]

1) do 100% 2) 100% -200%

c/ powody udzielania pomocy[2]:

- ☐ ubóstwo;
- ☐ bezdomność;
- ☐ niepełnosprawność;
- ☐ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- ☐ trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
- ☐ inne

W pkt d wpisać odpowiednią liczbę

d/ Liczba osób w rodzinie[3] ☐

1) Podział osób w rodzinie ze względu na płeć

☐ Liczba kobiet ☐ Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek[4]:

- liczba dzieci w wieku do 15 lat lub poniżej ☐

---

[1] Kwota kryterium dochodowego w POPŻ wynosi 1268 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1028 zł w przypadku osoby w rodzinie
[2] Zaznaczyć najistotniejsze powody
[3] Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie
[4] Uwzględniać wszystkie grupy wiekowe

- liczba osób w wieku 65 lat lub powyżej ☐
- liczba pozostałych osób ☐

3) Podział osób w rodzinie ze względu na grupy docelowe:

- liczba bezdomnych ☐
- liczba migrantów, osób obcego pochodzenia mniejszości narodowych (w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie), ☐
- liczba niepełnosprawnych ☐
- liczba pozostałych osób ☐

e/ Uczestnictwo osoby/członków rodziny w działaniach finansowanych z EFS

TAK ☐ **NIE** ☐

Należy podać rodzaj działań oraz wskazać osoby objęte działaniami realizowanymi w ramach EFS

f/ skierowanie na Podprogram 2018

g/ Nazwa i adres organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej, do której kierowana jest osoba/rodzina

.....

h/ Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS

.....

i/ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) oraz na przekazywanie danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, iż przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania; wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także, że podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

Data i podpis osoby odbierającej skierowanie

.....