



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 <sup>1</sup>

- 1) do 100%      2) 100% -200%

**c/ powody udzielania pomocy<sup>2</sup>:**

- 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<sup>3</sup>**

1) Podział osób w rodzinie ze względu na płeć

Liczba kobiet

Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek<sup>4</sup>:

<sup>1</sup> Kwota kryterium dochodowego w POPŻ wynosi 1542,20 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1161,60 zł w przypadku osoby w rodzinie

<sup>2</sup> Zaznaczyć najistotniejsze powody

<sup>3</sup> Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie



2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek<sup>5</sup>:

- liczba dzieci w wieku do 15 lat lub poniżej
- 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 2020

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

.....

h/ Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS

.....

<sup>5</sup> Uwzględnić wszystkie grupy wiekowe



i/ Oświadczam, że poinformowano mnie o przetwarzaniu 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 o możliwości przekazywania 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 niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym powierzonego administratorowi.

**Data i podpis osoby odbierającej skierowanie**

.....