

Załącznik Nr 5

.....  
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) do 100%      2) 100% -150%

**c/ powody udzielania pomocy<sup>1</sup>:**

ubóstwo;

bezdomność;

bezrobocie;

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>2</sup>**

1) Podział na płeć

Liczba kobiet

Liczba mężczyzn

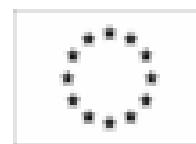
2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek<sup>3</sup>:

- liczba dzieci w wieku do 15 lat lub poniżej

<sup>1</sup> Zaznaczyć najistotniejsze powody

<sup>2</sup> Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie, wymienioną w pkt 1

<sup>3</sup> Uwzględnić 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 bezrobotnych
- liczba migrantów, w tym osób obcego pochodzenia,  
mniejszości narodowych
- 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/ termin obowiązywania skierowania (wpisać właściwą datę)**

.....

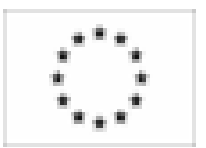
**g/ Nazwa i adres organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej, do której kierowana jest osoba/rodzina**

.....

**h/ Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS**

.....

**i/ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez OPS 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.**



**Data i podpis osoby odbierającej skierowanie**

.....