



**Formularz kwalifikacyjny udziału w programie “Karta Dobra” Fundacji Biedronki.
Udział w programie ma charakter pomocy społecznej.**

Proszę o czytelne wypełnienie Części I-III formularza oraz zapoznanie się z klauzulą RODO.

Część I

Imię i nazwisko		
Telefon		
Płeć	Kobieta	☐
	Mężczyzna	☐
Data urodzenia i PESEL		____ _
Miejsce zamieszkania	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr mieszkania	
	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
Czy jest Pani/Pan mieszkańcem placówki, gdzie otrzymuje się wyżywienie?	Tak	☐
	Nie	☐
Czy jest Pani/ Pan pracownikiem, rodziną pracowników lub współpracowników Stowarzyszenia Osób z Niepełnosprawnością i Ich Przyjaciół Zbyszko lub wolontariuszem działającym w Programie Karty Dobra?	Tak	☐
	Nie	☐
Czy Pani/Pan korzystają z innych programów Fundacji opartych o pomoc w postaci kart na zakupy, w tym „Na codzienne zakupy” oraz „Witamy i pomagamy – zakupy”?	Tak	☐
	Nie	☐
Czy w ramach Pani/Pana gospodarstwa domowego przyznano już “Kartę Dobra”?	Tak	☐
	Nie	☐



Część II

Na potrzeby kwalifikacji do programu "Karta Dobra" netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym, nieprzekraczający kwoty 1869 zł.

Przy czym, gdy osoba ubiegająca się o wsparcie w ramach Programu osiąga dochód wyższy niż wskazany powyżej, lecz ponosi istotne, powtarzalne i nieuniknione wydatki obciążające domowy budżet (np. stałe koszty leczenia, opieki, rehabilitacji, utrzymania dorosłych dzieci z niepełnosprawnościami, indywidualnej opieki specjalistycznej itp.), a sytuacja finansowa danej osoby po ich odliczeniu jest zbliżona do sytuacji osoby spełniającej kryterium minimum socjalnego – dopuszcza się zakwalifikowanie takiej osoby do Programu

Jaki jest dochód miesięczny Pani/Pana gospodarstwa domowego?

	Rodzaj dochodu	Kwota
1		
2		
3		
4		
5		
6		



W jakiej wysokości są duże stałe i niezbędne wydatki miesięczne (np. stałe koszty leczenia, opieki, rehabilitacji, utrzymania dorosłych dzieci z niepełnosprawnościami, indywidualnej opieki specjalistycznej itp.) Pani/Pana gospodarstwa domowego?

	Rodzaj wydatku	Kwota
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Liczba osób w gospodarstwie domowym:.....



Część III

Sytuacja mieszkaniowa	brak toalety	☐
	brak łazienki,	☐
	brak bieżącej wody	☐
	brak ogrzewania	☐
	zły stan lokalu	☐
	całkowity brak mieszkania - osoba znajduje się w kryzysie bezdomności	☐
	inne- jakie?	
Stan zdrowia *	niepełnosprawność	☐
	niezdolność do samodzielnej egzystencji, (np. możliwość poruszania się, samodzielnego przygotowywania posiłków, robienia zakupów, porozumiewania się z otoczeniem itp.)	☐
	inne. Jakie?	
Sytuacja rodzinna *	prowadzenie gospodarstwa domowego z innymi osobami	☐
	posiadanie bliskich/rodziny spoza gospodarstwa domowego zdolnych do udzielenia pomocy finansowej, w codziennym funkcjonowaniu, emocjonalnej	☐
	osoba samotna	☐
	potrzeba wsparcia wolontariusza (jeżeli tak, jakie? Np. pomoc w zakupach, codzienne funkcjonowanie, instytucje, wsparcie emocjonalne)	☐



Czy jest Pani/Pan osobą dotkniętą skutkami katastrof naturalnych lub wyjątkowych zdarzeń losowych np. pożar, powódź, śmierć bliskiej osoby, choroba najbliższych itp *	Nie	☐
	Tak	☐
	Jeżeli tak, proszę określić jakie	
Czy jest Pani/Pan osobą przebywającą na terytorium Polski w związku z doświadczeniem uchodźstwa lub przymusowej migracji	Nie	☐
	Tak	☐
	Jeżeli tak, proszę określić od kiedy oraz okoliczności	
Czy jest Pani/Pan objęty wsparciem uzyskiwanym z pomocy społecznej/innych źródeł?*	Nie	☐
	Tak	☐
	Jeżeli tak, proszę napisać jakich oraz określić poziom zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych*	



KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Osób z Niepełnosprawnością i Ich Przyjaciół Zbyszko siedzibą w Chełmie (22-100) przy Pl. Tysiąclecia Państwa Polskiego 1.
2. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie dobrowolnej zgody, w celu udziału w Programie "Karta Dobra" Fundacji Biedronki. Dane będą przetwarzane do momentu zakończenia projektu lub cofnięcia zgody. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Dane mogą być również przetwarzane do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora, w szczególności dla celów rozliczenia projektu.
3. Dane osobowe nie są przekazywane innym podmiotom, za wyjątkiem zaufanych podmiotów świadczących na rzecz Administratora usługi np. hostingowe. Powierzenie danych takim podmiotom następuje w oparciu o zawartą przez Administratora lub Podmiot Przetwarzający umowę powierzenia przetwarzania danych, w której zagwarantowana jest ochrona na poziomie odpowiadającym wymaganiom RODO.
4. Osoba, której dane dotyczą ma prawo żądania dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, na zasadach i w okolicznościach przewidzianych w przepisach prawa, i o ile przepisy prawa przewidują możliwość skorzystania z tych praw ze względu na charakter danych i charakter przetwarzania.
5. Podanie danych jest dobrowolne. Jednakże ze względu na cel i charakter przetwarzania, brak wyrażenia zgody na przetwarzanie będzie uniemożliwiał wzięcie udziału w programie „Karta dobra”.
6. Administrator nie wykorzystuje danych do zautomatyzowanego podejmowania decyzji. Dane nie będą podlegały profilowaniu.

Zapoznałam(-em) z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych

.....
(data i podpis)



Część IV

Wypełnia osoba wyznaczona do kwalifikowania podopiecznych programu "Karty Dobra"

Czy osoba wskazana w Części I formularza ma ukończone 60 lat?	Nie	☐
	Tak	☐
Zweryfikowany na podstawie dokumentów dochód netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym:		
Czy gospodarstwo domowe osiąga dochód netto przypadający na jedną osobę nieprzekraczający kwoty 1869 zł?	Nie	☐
	Tak	☐
Zweryfikowane na podstawie dokumentów niezbędne wydatki miesięczne:		
Dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym:		
Czy osoba wskazana w Części I formularza zostaje zakwalifikowana do programu?	Nie	☐
	Tak	☐
	Jeżeli nie zostały spełnione wymogi odnośnie wieku lub dochodu proszę uzasadnić kwalifikację	

Data i podpis osoby kwalifikującej

.....