



**Formularz kwalifikacyjny udziału w programie “Karta Dobra” edycja
2026/2027 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

1. Imię i nazwisko:.....

2. Telefon:.....

3. Adres zamieszkania:

.....
.....
.....

4. Płeć (zaznacz właściwe)

☐ **Kobieta** ☐ **Mężczyzna**

5. Data urodzenia:

6. PESEL (wpisz numer PESEL)

— — — — — — — — — —

7. Czy jest Pani/Pan mieszkańcem placówki, gdzie otrzymuje się wyżywienie?
(zaznacz właściwe)

☐ **NIE** ☐ **TAK**

**8. Czy jest Pani/ Pan pracownikiem, rodziną pracowników lub
współpracowników Stowarzyszenia Osób z Niepełnosprawnością i Ich
Przyjaciół Zbyszko lub wolontariuszem działającym w Programie Karty
Dobra? (zaznacz właściwe)**

☐ **NIE** ☐ **TAK**



9. Czy obecnie Pani/Pan lub członkowie gospodarstwa domowego korzystają z programów Fundacji opartych o pomoc w postaci kart na zakupy, w tym „Na codzienne zakupy” oraz „Witamy i pomagamy – zakupy”, “Karta Dobra”? (zaznacz właściwe)

☐ **NIE**

☐ **TAK**

10. Czy Pani/Panu przyznano “Kartę Dobra” w edycji 2025/2026 ? (zaznacz właściwe)

☐ **NIE**

☐ **TAK**



Część II

Na potrzeby kwalifikacji do programu “Karta Dobra”, przyjęto dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym, nieprzekraczający kwoty 1960 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		
7		
8		
9		

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

1. Sytuacja mieszkaniowa (zaznacz właściwe)

- ☐ brak toalety
- ☐ brak łazienki
- ☐ brak bieżącej wody
- ☐ brak ogrzewania
- ☐ zły stan lokalu
- ☐ całkowity brak mieszkania - osoba znajduje się w kryzysie bezdomności
- ☐ inne- jakie?

.....

.....

.....

.....

2. Stan zdrowia (osoby wnioskującej oraz pozostałych członków gospodarstwa domowego) (zaznacz właściwe)

- ☐ niepełnosprawność
- ☐ niepełnosprawność członka gospodarstwa domowego
- ☐ niezdolność do samodzielnej egzystencji, (np. możliwość poruszania się, samodzielnego przygotowywania posiłków, robienia zakupów, porozumiewania się z otoczeniem itp.)
- ☐ inne. Jakież?



.....

.....

.....

3. Sytuacja rodzinna *(zaznacz właściwe)*

- ☐ osoba samotna
- ☐ prowadzenie gospodarstwa domowego z innymi osobami
- ☐ posiadanie bliskich/rodziny spoza gospodarstwa domowego zdolnych do udzielenia pomocy finansowej, w codziennym funkcjonowaniu, emocjonalnej

4. Potrzeba wsparcia *(zaznacz właściwe)*

- ☐ pomoc w zakupach
- ☐ Inne. Jakież?

.....

.....

.....

5. Czy jest Pani/Pan osobą dotkniętą skutkami katastrof naturalnych lub wyjątkowych zdarzeń losowych np. pożar, powódź, śmierć bliskiej osoby, choroba najbliższych itp *(zaznacz właściwe)*

- ☐ **NIE** ☐ **TAK**

Jeżeli TAK, proszę opisać:

.....

.....

.....

6. Czy jest Pani/Pan osobą przebywającą na terytorium Polski w związku z doświadczeniem uchodźstwa lub przymusowej migracji? *(zaznacz właściwe)*



☐ NIE

☐ TAK

Jeżeli tak, proszę określić od kiedy oraz okoliczności

.....

.....

.....

7. Czy jest Pani/Pan objęty wsparciem uzyskiwanym z pomocy społecznej/ innych źródeł? (zaznacz właściwe)

☐ NIE

☐ TAK

Jeżeli tak, proszę napisać jakich oraz określić poziom zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych

.....

.....

.....

.....

(data i podpis wnioskodawcy)



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

Formularz dla osoby kwalifikującej

1. Czy wnioskodawca otrzymał Kartę Dobra w poprzedniej edycji?

☐ NIE ☐ TAK

2. Czy wnioskodawca ma ukończone 65 lat?

☐ NIE ☐ TAK

3. Czy dochód gospodarstwa domowego wnioskodawcy, w przeliczeniu na jedną osobę przekracza 1960 zł netto?

☐ NIE ☐ TAK

Jeżeli zaznaczono TAK:

.....-.....=.....

(Dochód)

(Koszty).

(Dochód rozporządzalny)

4. Uzasadnienie objęciem wsparcia:

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby kwalifikującej



POTWIERDZENIE ODBIORU KARTY DOBRA

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

potwierdzam odbiór Karty Dobra wydanej w ramach Programu „Karta Dobra” – edycja 2026/2027 organizowanego przez Fundację Biedronki oraz realizowanego przez Stowarzyszenie Osób z Niepełnosprawnością i Ich Przyjaciół „Zbyszko” w Chełmie.

Numer Karty Dobra: 444010925

Data wydania karty:

Miesięczna wartość doładowania: **230 zł**

Okres objęcia wsparciem: **01.10.2026 r. – 31.07.2027 r.**

Potwierdzam odbiór karty oraz przyjmuję do wiadomości zasady korzystania ze wsparcia w ramach Programu „Karta Dobra”.

.....
Data i podpis osoby odbierającej Kartę Dobra