



**Program „Na codzienne zakupy”
EDYCJA 2026**

Formularz kwalifikowania Uczestnika Programu

*Program „Na codzienne zakupy” skierowany jest do osób, które **ukończyły 65 rok życia** dotkniętych lub zagrożonych ubóstwem, niedożywieniem, wykluczeniem społecznym*

Dane osoby zgłaszanej do Programu

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....
.....

Numer PESEL (zbierany w celach monitorowania programów FB i ewentualnego uczestnictwa w kilku programach):

Wiek:

Numer legitymacji osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):

Nr telefonu:

Adres email :

Oświadczenie osoby zgłaszanej do Programu

1. Informacja o dochodzie.

(Proszę zaznaczyć jedno z poniższych stwierdzeń, które odzwierciedla Pani/Pana sytuację dochodową)

- a. Jestem osobą mieszkającą samotnie, a mój średni miesięczny dochód netto* w okresie grudzień 2025 r. - luty 2026 r. **nie przekroczył 1.960 zł***
- b. Jestem osobą mieszkającą samotnie, a mój średni miesięczny dochód netto* w okresie grudzień 2025 r. – luty 2026 r. **przekroczył 1.960 zł***, jednak **nie był wyższy niż 2900 zł***, przy czym moje stałe miesięczne obciążenia finansowe (czynsz



- i opłaty, wydatki na leczenie, spłata zadłużenia) powodują, że pozostają mi środki do wydatkowania w kwocie **nie większej niż 800 zł***.
- c. Mieszkam we wspólnym gospodarstwie domowym z inną osobą lub osobami, a średni miesięczny dochód netto przypadający na **1 osobę** w moim gospodarstwie domowym w okresie grudzień 2025 r. – luty 2026 r, **nie przekroczył 1.650 zł***.
- d. Mieszkam we wspólnym gospodarstwie domowym z inną osobą/osobami, a średni miesięczny dochód netto przypadający na **1 osobę** w moim gospodarstwie domowym w okresie grudzień 2024 r - luty 2025 r **przekroczył 1.650 zł* jednak mieścił się w przedziale od 1.650 netto* do 2.700 zł***, przy czym moje stałe miesięczne obciążenia finansowe (czynsz i opłaty, koszty leczenia, spłata zadłużenia) powodują, że pozostają mi środki do wydatkowania w kwocie **nie większej niż 750 zł*** na osobę w gospodarstwie domowym.

*- dochód netto oznacza kwotę tzw. „na rękę”

** - prosimy o przedłożenie do wglądu wolontariusza dokumentów potwierdzających powyższe informacje

Uwaga:

- *Przy wyliczeniu dochodu powinniśmy uwzględnić dochody ze wszystkich źródeł, w tym emerytury, renty, wynagrodzenia za pracę, zasiłki stałe z pomocy społecznej, świadczenia wychowawczego przyznanego na podstawie ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, świadczenia uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, dodatek pielęgnacyjny dla osób, które skończyły 75 lat, świadczenia wspierające i inne świadczenia, z wyjątkiem zasiłków jednorazowych, zasiłków celowych, świadczeń rzeczowych.*



Informacja uzupełniająca, dotycząca stałych, miesięcznych wydatków ponoszonych przez gospodarstwo domowe w przeliczeniu na jedną osobę.

(uzupełnić tylko w przypadku, gdy w Pkt. 1 zaznaczono wariant b lub d)

Stale wydatki	Kwota
Opłata za czynsz/ za wynajem:
Opłaty za mieszkanie/dom (woda/gaz/prąd/opał/śmieci/inne):
Leki na choroby przewlekłe:
Kredyty, pożyczki, inne stałe zobowiązania finansowe:
Inne (jakie? np.: rehabilitacja, zabiegi,)
<i>Oświadczam, że po odjęciu wszystkich stałych obciążeń finansowych wymienionych powyżej, miesięcznie, pozostaje mi (lub na osobę w moim gospodarstwie domowym - w przypadku gospodarstwa domowego z większą liczbą osób) do wydatkowania kwota nie większa niż</i>	

2. Informacja dotyczące sytuacji życiowej.

(Proszę zaznaczyć, które z poniższych stwierdzeń opisują Pani/Pana sytuację)

1. Potrzebuję wsparcia finansowego w postaci karty na zakupy, ponieważ:
 - a. Jestem osobą ze znaczną niepełnosprawnością lub bliski członek rodziny mieszkający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym jest osobą ze znaczną niepełnosprawnością;
 - b. Ponoszę wysokie stałe wydatki związane z leczeniem moim lub innej bliskiej osoby z rodziny mieszkającej ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i jestem w stanie je udokumentować;
 - c. Ponoszę wysokie stałe wydatki związane z utrzymaniem i ogrzaniem mieszkania, spłatą długu, itp. i jestem w stanie je udokumentować;



- d. Jestem osobą dotknięta skutkami wyjątkowego zdarzenia losowego lub katastrofy naturalnej, np. wypadku, pożaru, powodzi;
- e. Istnieją inne czynniki przekładające się na moją trudną sytuację finansową – proszę wskazać jakie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Pomoc najbliższej rodziny

- a. Otrzymuję pomoc od rodziny ale nie jest ona wystarczająca
- b. Rodzina nie jest w stanie mi pomóc, bo sama jest w trudnej sytuacji
- c. Rodzina nie poczuwa się do pomocy
- d. Nie mam kontaktu z rodziną
- e. Nie mam rodziny

3. Wsparcie w robieniu zakupów

- a. Potrzebuję pomocy wolontariusza w zrobieniu zakupów spożywczych
- b. Nie potrzebuję wsparcia w zrobieniu zakupów spożywczych

4 . Informacje o udziale w poprzednich edycjach Programu.

(Proszę zaznaczyć jedno z poniższych twierdzeń, które opisują Pani/Pana sytuację)

- a. Dotychczas nie uczestniczyłem/am w Programie
- b. Uczestniczyłem/am w poprzednich edycjach Programu



5 Oświadczenia:

- a. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są zgodne z prawdą.
- b. Oświadczam, iż nie jestem uczestnikiem programów realizowanych przez Fundację Biedronki tj. Karta dobra oraz Poczta Obiadowa.
- c. Zobowiązuję się, że jeżeli w trakcie trwania Programu moja sytuacja ulegnie zmianie (np. uzyskanie nowego świadczenia, zamieszkanie z rodziną), poinformuję o tym niezwłocznie wolontariusza/osobę dokonującą kwalifikacji do Programu, co może wiązać się z utratą wsparcia w ramach Programu i koniecznością zwrotu karty „Na codzienne zakupy”.
- d. Potwierdzam odbiór „Informacji o przetwarzaniu danych osobowych w związku z rekrutacją i realizacją programu „Na codzienne zakupy” (Załącznik nr. 1 do niniejszego formularza kwalifikowania Uczestnika Programu NCZ).

.....

Data i podpis Osoby zgłaszanej do programu



Dane osoby dokonującej wstępnej kwalifikacji do Programu

Imię i nazwisko:.....

Adres:

.....

Nr telefonu

Pełniona rola

- A. Wolontariusz PZC lub parafialnego zespołu charytatywnego
- B. Wolontariusz Caritas
- C. Pracownik Caritas
- D. Ksiądz w parafii
- E. Inna – jaka?

.....

Oświadczenie osoby dokonującej wstępnej kwalifikacji do Programu

1. Zapoznałam/em się z **Regulaminem Programu** i zobowiązuje się go przestrzegać
2. Zapoznałam/em się z sytuacją osoby zgłaszanej do Programu i zgodnie z moją najlepszą wiedzą osoba ta: *(proszę zaznaczyć jedno z poniższych stwierdzeń)*
 - a) spełnia kryteria kwalifikacji do Programu „Na codzienne zakupy” w zakresie wieku i dochodu.
 - b) spełnia kryteria kwalifikacji do Programu „Na codzienne zakupy” w zakresie wieku i dochodu, po odjęciu miesięcznych obciążeń finansowych.
 - c) nie spełnia kryteriów kwalifikacji do Programu „Na codzienne zakupy” **w zakresie** *(proszę zaznaczyć którego kryterium nie spełnia osoba zgłaszana do Programu):*

- A. Wiek
- B. Dochodu



2. Rekomenduję przyjęcie osoby do Programu

- TAK
- NIE

3. W przypadku, gdy osoba zgłaszana nie spełnia kryteriów kwalifikacji do Programu, a rekomenduje Pan/i przyjęcie jej do Programu, proszę opisać sytuację życiową osoby i wskazać okoliczności, z powodu których potrzebuje ona wsparcia finansowego w postaci karty na zakupy: (np. osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta skutkami wyjątkowego zdarzenia losowego lub katastrofy naturalnej, np. wypadku, pożaru, powodzi, inne) -uzasadnienie **OBOWIĄZKOWE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy zgłaszana osoba jest w stanie sama dysponować Kartą

(w tym podejmować decyzje o zakupach)

- TAK
- NIE

Uwaga: Wolontariusz lub inna osoba dokonująca wstępnej kwalifikacji nie kopiuje ani nie utrwała żadnych dokumentów okazanych przez osobę zgłaszaną do programu, dokonuje jedynie wglądu w ich treść celem weryfikacji.

OŚWIADCZENIE OSOBY DOKONUJĄCEJ KWALIFIKACJI

Oświadczam, iż:

1. Nie jestem bliskim członkiem rodziny osoby zgłaszanej do Programu, a także nie mam żadnych innych powiązań z tą osobą (z wyłączeniem bycia wolontariuszem na jej rzecz- o ile dotyczy) jak również nie otrzymałem/nie otrzymam w przyszłości żadnej korzyści materialnej zarówno od osoby zgłaszanej do Programu jak i od osób trzecich, która mogłaby mieć wpływ na moją ocenę i rekomendację.
2. Dochowałem należytej staranności w procesie kwalifikacji Osoby zgłaszanej do Programu, a wszystkie podane powyżej dane są zgodne z prawdą i zostały przeze mnie zweryfikowane w oparciu o przedłożone mi dokumenty.



3. Oświadczam, że nie powieliłem ani nie utrzymałem w inny sposób okazanych mi w procesie kwalifikacji do Programu dokumentów i nie wykorzystam nabytej wiedzy do celów innych niż kwalifikacja do Programu.
4. Oświadczam, że jestem świadomy mojej odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy.

.....

Data i podpis Osoby dokonującej oceny sytuacji osoby zgłaszanej do Programu

Dane jednostki, która przekazuje formularz kwalifikowania:

1. Caritas Diecezjalna/Archidiecezjalna
2. Parafialny Zespół Caritas: parafia/adres _____
3. Parafia, adres _____
4. Centrum Wolontariatu, adres _____
5. Ośrodek Pomocy Społecznej, adres _____
6. Inne - proszę opisać _____

Imię i nazwisko kierownika jednostki _____

Potwierdzam / Nie potwierdzam* zakwalifikowanie osoby do Programu „Na codzienne zakupy”.

.....

Data i podpis Koordynatora Programu przy Caritas Diecezjalnej/Archidiecezjalnej

Caritas Diecezjalna/Archidiecezjalna **przekazuje kartę**

NR PRZYZNANEJ KARTY

--