**Część A**

……………………………………………………………
 Pieczęć OPS

**Załącznik nr 5**. **Skierowanie do otrzymania pomocy żywnościowej
w ramach Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 – Podprogram 2024**

**Numer skierowania[[1]](#footnote-1)......................**

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………

2. informacja o osobie zakwalifikowanej/rodzinie osoby zakwalifikowanej

***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 [[2]](#footnote-2)

 1) do 100% 2) 100% -265%

**c/ powody udzielania pomocy**[[3]](#footnote-3):

 ubóstwo;

 bezdomność;

 niepełnosprawność;

 potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

 trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

 inne zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej.

***W pkt d wpisać odpowiednią liczbę***

**d/ Liczba osób w rodzinie**[[4]](#footnote-4)

1. Podział osób w rodzinie ze względu na płeć

 Liczba kobiet Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek[[5]](#footnote-5):

* liczba dzieci w wieku poniżej 18 roku życia
* liczba osób młodych w wieku 18-29 lat
* liczba osób w wieku 65 lat i starszych
* liczba pozostałych osób

3) Podział osób w rodzinie ze względu na grupy docelowe:

* liczba osób z niepełnosprawnościami
* liczba obywateli państw trzecich[[6]](#footnote-6)

* liczba osób obcego pochodzenia i należących do mniejszości

 (w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie)

* liczba osób bezdomnych
* liczba pozostałych osób

**e/ Uczestnictwo osoby/członków rodziny w innych działaniach finansowanych z EFS+**

**TAK NIE**

Należy podać rodzaj działań oraz wskazać osoby objęte działaniami realizowanymi w ramach EFS

**f/ Skierowanie zachowuje ważność przez cały okres realizacji Podprogramu 2024**

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

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

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

 **…………………………………………………………**

**i/** Oświadczam, że poinformowano mnie o przetwarzaniu moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 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. 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**

 **…………………………………………………………**

1. Należy wypełnić zgodnie z przyjętym w danym OPS sposobem ewidencjonowania skierowań. [↑](#footnote-ref-1)
2. Kwota kryterium dochodowego w POPŻ wynosi 2056,40 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1590 zł w przypadku osoby w rodzinie. Od 1 stycznia 2025 r. kryteria dochodowe wynoszą odpowiednio 2 676,50 PLN dla osoby samotnie gospodarującej i 2 180,95 PLN dla osoby w rodzinie. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć najistotniejsze powody [↑](#footnote-ref-3)
4. Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie [↑](#footnote-ref-4)
5. Uwzględniać wszystkie grupy wiekowe [↑](#footnote-ref-5)
6. „Obywatel państwa trzeciego” oznacza osobę niebędącą obywatelem Unii Europejskiej, w tym bezpaństwowców i osoby o nieokreślonym obywatelstwie. [↑](#footnote-ref-6)