



**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 | <input type="checkbox"/> |
| | Mężczyzna | <input type="checkbox"/> |
| Data urodzenia | | |
| Miejsce zamieszkania | Ulica | |
| | Nr budynku | |
| | Nr mieszkania | |
| | Kod pocztowy | |
| | Miejscowość | |
| Czy jest Pani/Pan mieszkańcem placówki, gdzie otrzymuje się wyżywienie? | Tak | <input type="checkbox"/> |
| | Nie | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| | Nie | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| | Nie | <input type="checkbox"/> |
| Czy w ramach Pani/Pana gospodarstwa domowego przyznano już “Kartę Dobra”? | Tak | <input type="checkbox"/> |
| | Nie | <input type="checkbox"/> |



Część II

Na potrzeby kwalifikacji do programu "Karta Dobra" został ustalony próg miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę w gospodarstwie jednoosobowym w wysokości 1500 zł. oraz wieloosobowym w wysokości 1200 zł. (w przypadku osób legitymujących się orzeczeniem o niepełnosprawności dochód rozporządzalny wynosi kolejno dla gospodarstwa jednoosobowego 1.800,00 zł. zaś gospodarstwa wieloosobowego 1.440,00 zł)

Przy czym dochód rozporządzalny to suma miesięcznych przychodów wszystkich osób w gospodarstwie domowym z miesiąca poprzedzającego złożenie wypełnionego formularza lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym formularz został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, pomniejszona o:

- zobowiązania publicznoprawne i kwotę dużych stałych i niezbędnych wydatków miesięcznych (np. leczenie, leki, rehabilitację, konieczność utrzymywania niepełnosprawnych dorosłych dzieci, koszt najmu mieszkania, opłaty, spłaty kredytów itp.)

i podzielona przez liczbę osób w gospodarstwie domowym.

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. leczenie, leki, rehabilitację, konieczność utrzymywania niepełnosprawnych dorosłych dzieci, koszt najmu mieszkania, opłaty, spłaty kredytów 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 | <input type="checkbox"/> |
| | brak łazienki, | <input type="checkbox"/> |
| | brak bieżącej wody | <input type="checkbox"/> |
| | brak ogrzewania | <input type="checkbox"/> |
| | zły stan lokalu | <input type="checkbox"/> |
| | całkowity brak mieszkania - osoba znajduje się w kryzysie bezdomności | <input type="checkbox"/> |
| | inne- jakie? | |
| Stan zdrowia * | niepełnosprawność | <input type="checkbox"/> |
| | niezdolność do samodzielnej egzystencji, (np. możliwość poruszania się, samodzielnego przygotowywania posiłków, robienia zakupów, porozumiewania się z otoczeniem itp.) | <input type="checkbox"/> |
| | inne. Jakież? | |
| Sytuacja rodzinna * | prowadzenie gospodarstwa domowego z innymi osobami | <input type="checkbox"/> |
| | posiadanie bliskich/rodziny spoza gospodarstwa domowego zdolnych do udzielenia pomocy finansowej, w codziennym funkcjonowaniu, emocjonalnej | <input type="checkbox"/> |
| | osoba samotna | <input type="checkbox"/> |
| | potrzeba wsparcia wolontariusza (jeżeli tak, jakie? Np. pomoc w zakupach, codzienne funkcjonowanie, instytucje, wsparcie emocjonalne) | <input type="checkbox"/> |



| | | |
|--|---|--------------------------|
| Czy jest Pani/Pan osobą dotkniętą skutkami katastrof naturalnych lub wyjątkowych zdarzeń losowych np. pożar, powódź, śmierć bliskiej osoby, choroba najbliższych itp * : | Nie | <input type="checkbox"/> |
| | Tak | <input type="checkbox"/> |
| | Jeżeli tak, proszę określić jakie | |
| Czy jest Pani/Pan objęty wsparciem uzyskiwanym z pomocy społecznej/innych źródeł?* | Nie | <input type="checkbox"/> |
| | Tak | <input type="checkbox"/> |
| | 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 uniemożliwiało 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 spełnia ma ukończone 60 lat? | Nie | <input type="checkbox"/> |
| | Tak | <input type="checkbox"/> |
| Zweryfikowany na podstawie dokumentów dochód miesięczny gospodarstwa domowego: | | |
| Zweryfikowane na podstawie dokumentów wydatki miesięczne | | |
| Dochód rozporządzalny na osobę w gospodarstwie domowym | | |
| Czy osoba wskazana w Części I formularza zostaje zakwalifikowana do programu? | Nie | <input type="checkbox"/> |
| | Tak | <input type="checkbox"/> |
| | Jeżeli nie zostały spełnione wymogi odnośnie wieku proszę uzasadnić kwalifikację | |

Data i podpis osoby kwalifikującej

.....