



## Załącznik Nr 7 do wytycznych

### Oświadczenie osoby ubiegającej się o pomoc żywnościową w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym (dotyczy osób zakwalifikowanych i wykazanych na liście przekazanej przez OPS)<sup>1</sup>

1. Imię i nazwisko osoby .....

2. informacja o osobie/rodzinie

**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<sup>2</sup>

1) do 100%      2) 100% -150%

#### c/ powody udzielania pomocy<sup>3</sup>:

ubóstwo;

bezdomność;

niepełnosprawność;

potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

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

inne.

**W pkt d wpisać odpowiednią liczbę**

**d/ Liczba osób w rodzinie<sup>4</sup>**

1) Podział na płeć

<sup>1</sup> Wypełnić wyłącznie w przypadku braku skierowania z OPS

<sup>2</sup> Kwoty kryterium dochodowego 951 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 771 zł w przypadku osoby w rodzinie.

<sup>3</sup> Zaznaczyć najistotniejsze powody

<sup>4</sup> Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie, wymienioną w pkt 1



Liczba kobiet

Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek<sup>5</sup>:

- liczba dzieci w wieku do 15 lat lub poniżej
- liczba osób w wieku 65 lat lub powyżej
- liczba pozostałych osób

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

- liczba bezdomnych
- liczba migrantów, osób obcego pochodzenia, mniejszości narodowych (w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie)
- liczba niepełnosprawnych
- liczba pozostałych osób

**e/ Uczestnictwo osoby/członków rodziny w działaniach finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**

TAK

NIE

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

**f/ termin obowiązywania oświadczenia (wpisać właściwą datę z listy OPS)**

.....

**g/ Oświadczenie**

Oświadczam, że nie otrzymuję pomocy żywnościowej w ramach PO PŻ z innej organizacji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Ustawa z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) oraz na przekazywanie

<sup>5</sup> Uwzględnić wszystkie grupy wiekowe

PROGRAM OPERACYJNY  
POMOC ŻYWNOŚCIOWA  
2014-2020



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

UNIA EUROPEJSKA

EUROPEJSKI FUNDUSZ POMOCY  
NAJBARDZIEJ POTRZEBUJĄCYM



danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Mam prawo wglądu i poprawiania swoich danych.

**Data i podpis osoby składającej oświadczenie .....**