

FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRYZNANIA POMOCY
ФОРМУЛЯР КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ НА НАДАННЯ ДОПОМОГИ
na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem
zbrojnym na terytorium tego państwa
на підставі ст. 29 пкт. 2 Закону про допомогу громадянам України у зв'язку зі
збройним конфліктом на території цієї держави

I. OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O PRYZNANIE POMOCY
ЗАЯВА ОСОБИ ЩО ЗВЕРТАЄТЬСЯ ПРО НАДАННЯ ДОПОМОГИ

1.
 (Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie/im'я і прізвище особи що звертається про допомогу)
2.
 (Obywatelstwo/ Громадянство)
3.
 (Data wjazdu na terytorium RP/Дата в'їзду на територію Республіки Польща)
4.
 (Dokument stanowiący podstawę przekroczenia granicy – rodzaj, seria, numer/(Документ, що є підставою для перетину кордону - тип, серія, номер)
5.
 (Adres pobytu, dane kontaktowe: nr tel., adres e-mail / Адреса проживання, контактні дані: номер телефону, адреса електронної пошти)

6. Skład rodziny wymagającej wsparcia / Склад родини яка потребує допомоги:

Lp № п/п.	Imię i nazwisko Im'я та прізвище	Data urodzenia/Дата народження			Płeć/Стать	PESEL/ПЕСЕЛЬ	Stopień pokrewieństwa/stupień спорідненості	Sytuacja zdrowotna/Стан здоров'я	Źródło dochodu/Джерело доходу	
		Dzień /день	mies./міс.	Rok/рік					Rodzaj/тип	Wysokość/розмір
1.					M / K		Osoba składająca oświadczenie/Osoba, що подає заяву			
2.										
3.										
4.										
5.										

7. Sytuacja osobista/ Особиста ситуація:

świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczychнегрошова допомога у вигляді послуг з догляду
inne formy wsparcia/ інші форми підтримки

(miejsowość i data/ місце і дата)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego/(підпис та печатка працівника надавача соціальних послуг)

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej/ Рішення керівника центру надавача соціальних послуг/:

--

(miejsowość i data/ місце і дата)

(podpis i pieczęć kierownika/ підпис та печатка керівника)