|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko |  |
| adres zamieszkania |  |
| wiek |  |
| telefon kontaktowy |  |
| e-mail |  |
| Nazwa jednostki która przekazuje KARTĘ (PZC - PARAFIA, CD, Centrum Wolont., OPS, DPS inne/jakie) |  |
| miejscowość jednostki |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane o sytuacji socjalnej** | **TAK[[1]](#footnote-1)** |
| Senior w wieku powyżej 60 lat |  |
| Osoba, w trudnej sytuacji finansowej, dochód na osobę w gospodarstwie domowym do 900,00 zł netto |  |
| Osoba, w trudnej sytuacji finansowej, dochód, dochód na osobę w gospodarstwie domowym do 1100,00 zł netto |  |
| Osoba samotna, zamieszkująca samodzielnie |  |
| Osoba z małej miejscowości (poniżej 20 000 mieszkańców) |  |
| Osoba dotknięta niepełnosprawnością |  |
| Osoba, której trudna sytuacja wynika z wydarzeń losowych, (np. pożar domu, powódź ) |  |
| Osoba, która potrzebuje wsparcia wolontariusza w robieniu zakupów |  |

Osoba pierwszy raz uczestniczy w Programie **TAK / NIE**  *(niepotrzebne skreślić)*

**Uzasadnienie wniosku o zakwalifikowanie w/w osoby do Programu „Na codzienne zakupy”:**

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Data ……………………….. …..………………………………………..

 podpis wolontariusza/pracownika

**Rekomendacja koordynatora regionalnego**

Data ……………………….. …..……………………………………….

 podpis Koordynatora regionalnego

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

 *(niepotrzebne skreślić)*

Data ……………………….. …..……………………………………….

 pieczątka i podpis Dyrektora

1. *Zaznacz właściwe* [↑](#footnote-ref-1)