

Karta kwalifikacyjna do Programu Karta Dobra Fundacji Biedronki

Edycja 2026-2027

I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:; PESEL:
- 5 Wiek:.....
- 6 Płeć:.....
- 7 Czy OZN.....
- 8 Czy bezdomny/bezdomna.....
- 9 Czy samotnie gospodarujący/gospodarująca:.....
- 10 Czy osoba bez wsparcia bliskich:.....
- 9 Czy posiadacz KARTY DOBRA EDYCJA 2025/2026.....
- 11 Czy uchodźca:.....

II. CZYNNIKI KWALIFIKUJĄCE DO PROGRAMU

1. **Czynnik wieku**
 - powyżej 65 lat ☐
 - powyżej 60 lat ☐
 - poniżej 60 lat ☐

2. **Sytuacją finansową** – pomocą mogą zostać objęte osoby starsze mające trudności finansowe spowodowane np. niskimi dochodami, dużymi wydatkami na podstawowe potrzeby np. leczenie, leki, rehabilitację, konieczność utrzymywania niepełnosprawnych dorosłych dzieci, obciążenie spłatą kredytów itp.

Dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym **nie powinien przekroczyć kwoty 1960 zł**, określonej na bazie minimum socjalnego dla gospodarstw emeryckich jedno - i dwuosobowych publikowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (wartość przewidywana).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Sytuacja mieszkaniowa - trudności bytowe, a w tym w szczególności: mieszkanie niedostosowane do potrzeb osób starszych np. znajdujące się na wysokim piętrze w budynku bez windy, brak: toalety, łazienki, bieżącej wody, ogrzewania, zły stan lokalu, osoba znajduje się w kryzysie bezdomności itp.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Sytuacja życiowa – szczególna uwaga położona na osoby niepełnosprawne, przewlekle chore somatycznie lub psychicznie, samotne i pozbawione wystarczającej opieki na co dzień, dotknięte skutkami katastrof naturalnych lub wyjątkowych zdarzeń losowych np. pożar

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem ubiegania się o przyznanie wsparcia w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych w tym w szczególności uniemożliwia zakup odpowiednich ilości produktów spożywczych w ramach Programu "Karta dobra" i go akceptuję
2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Biedronki i przez Stowarzyszenie „Zabrzanka”
3. Wyrażam zgodę / nie wyrażam na udostępnienie mojego wizerunku na potrzeby realizacji Programu „Karta dobra”

4. Oświadczam, że zapoznałem się kto i w jakim zakresie jest Administratorem moich danych na potrzeby realizacji Programu „Karta dobra”

Miejscowość, data

(Podpis uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z Programu „Karta dobra, jednocześnie stwierdzając, że wymaga / nie wymaga pomocy w robieniu zakupów.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Decyzja organizacji POZYTYWNA / NEGATYWNA

.....

Podpis Zarządu Stowarzyszenia

Potwierdzam odbiór Karty Dobra o nr

Data..... czytelny podpis.....