**Część A**

…………………………………………………………… **Załącznik Nr 5.1. do wytycznych**   
 Pieczęć OPS

**Skierowanie do otrzymania pomocy żywnościowej   
w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020   
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym (FEAD) dla osób kwalifikowanych w sposób zdalny w czasie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii**

**Nr …………**

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………

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 [[1]](#footnote-1)

1) do 100% 2) 100% -220%

**c/ powód udzielania pomocy**:

zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa (bezpośredni związek z COVID-19)

***W pkt d wpisać odpowiednią liczbę***

**d/ Liczba osób w rodzinie**[[2]](#footnote-2)

1. Podział osób w rodzinie ze względu na płeć

Liczba kobiet Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek[[3]](#footnote-3):

* 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 z EFS**

**TAK NIE**

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

**f/ skierowanie wydaje się na Podprogram 2021**

**g/ Nazwa i adres organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej, do której kierowana jest osoba/rodzina**

**POLSKI KOMITET POMOCY SPOŁECZNEJ STOWARZYSZENIE CHARYTATYWNE ZARZĄD MIEJSKI**

**38 – 200 JASŁO , UL. KOŚCIUSZKI 45**

**h/ Data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego OPS, który zakwalifikował osobę lub rodzinę do pomocy żywnościowej w sposób zdalny**

**…………………………………………………………**

**i/** Oświadczam, że poinformowałam/em osobę zakwalifikowaną do pomocy żywnościowej o przetwarzaniu danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) oraz o możliwości przekazywania danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Oświadczam, że poinformowałam/em o prawie dostępu do danych osobowych oraz do ich poprawiania; wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także, że podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym powierzonego administratorowi.

**Data i podpis osoby wydającej skierowanie …………………………………………………………**

1. Kwota kryterium dochodowego w POPŻ wynosi 1 707,20 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1 320 zł w przypadku osoby w rodzinie [↑](#footnote-ref-1)
2. Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie [↑](#footnote-ref-2)
3. Uwzględniać wszystkie grupy wiekowe [↑](#footnote-ref-3)