

Załącznik nr 1

do Regulamin naboru i wsparcia w ramach Programu „Karta Dobra” Fundacji Biedronki realizowanego przez Fundację Sedeka

**Formularz zgłoszeniowy osoby ubiegającej się o wsparcie
do Programu „Karta Dobra” Fundacji Biedronki 2025/2026**

I. DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

PESEL: _____

Płeć:

☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

II. DANE KONTAKTOWE

Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

III. ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica: _____

Nr budynku: _____

Nr mieszkania: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

IV. INFORMACJE O GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Liczba osób w gospodarstwie domowym: _____

Średni miesięczny dochód netto na osobę (PLN): _____

V. KRYTERIA PODSTAWOWE kwalifikujące do udziału w projekcie

Proszę zaznaczyć kryteria, które Panią/Pana opisują.

- ☐ Jestem osobą w wieku powyżej 60 lat
- ☐ Jestem osobą, której dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym, nie przekracza kwoty 1869,00 zł
- ☐ Jestem osobą w trudnej sytuacji życiowej

VI. UZASADNIENIE TRUDNEJ SYTUACJI ŻYCIOWEJ

Proszę zaznaczyć kryteria, które Panią/Pana opisują.

- ☐ Jestem osobą w złej sytuacji mieszkaniowej (brak toalety, łazienki, bieżącej wody, ogrzewania, zły stan lokalu, kryzys bezdomności itp.)
- ☐ Jestem osobą w złym stanie zdrowia
- ☐ Jestem osobą z niepełnosprawnością
- ☐ Jestem opiekunem/ką osoby z niepełnosprawnością
- ☐ Jestem osobą w trudnej sytuacji rodzinnej (brak wsparcia bliskich lub niewystarczająca pomoc)

- ☐ Jestem osobą w kryzysie bezdomności
- ☐ Jestem osobą nie czerpiącą pomocy z innych źródeł lub pomoc, którą otrzymuję, jest niewystarczająca
- ☐ Jestem osobą w trudnej sytuacji życiowej (mierzę się ze skutkami katastrof naturalnych, pożaru, powodzi itp.)
- ☐ Jestem osobą samodzielnie prowadzącą gospodarstwo domowe
- ☐ Jestem migrantem

VII. POTRZEBA WSPARCIA WOŁONTARIUSZY

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy w dokonywaniu zakupów z użyciem Karty Dobra?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Jeśli tak, to w jakich czynnościach? _____

VIII. KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE z udziału w projekcie

Czy jest Pan/Pani rodziną pracownika lub współpracownika Fundacji Sedeka?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy korzysta Pan/Pani z programów Fundacji Biedronki opartych o pomoc w postaci kart na zakupy tj. „Na codzienne zakupy” oraz „Witamy i pomagamy – zakupy”?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy jest Pan/Pani mieszkańcem placówki opiekuńczej?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

IX. OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Sedeka z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych wskazanych w niniejszym Formularzu w celu udziału w Programie „Karta Dobra” Fundacji Biedronki. Zostałam/-em poinformowana/-y, że mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz, że po cofnięciu zgody moje dane zostaną usunięte z bazy a Fundacja nie będzie uprawniona do ich dalszego przetwarzania.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią *Klauzuli informacyjnej – Program „Karta Dobra”* dostępnej na stronie <http://sedeka.pl/rodo>

.....
Czytelny podpis i data

**Uzasadnienie objęcia wsparciem Programu Podopiecznego,
przez osobę kwalifikującą Podopiecznego do Programu**

WYPEŁNIA FUNDACJA:

1) W JAKIM WIEKU JEST OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O WSPARCIE?

- ☐ ma ukończone 60 lat
- ☐ nie spełnia regulaminowego wymagania wiekowego, jednak znajduje się w szczególnie trudnej sytuacji

2) W PRZYPADKU ZAZNACZENIA W PYTANIU NR 1 ODPOWIEDZI DRUGIEJ PROSIMY O WSKAZANIE WYJĄTKOWYCH OKOLICZNOŚCI UZASADNIAJĄCYCH PODSTAWY ZAKWALIFIKOWANIA DO PROGRAMU:

.....

.....

.....

3) CZY OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O WSPARCIE MOŻE LICZYĆ NA POMOC BLISKICH?

- ☐ nie może liczyć na wsparcie osób bliskich
- ☐ pomoc bliskich jest niewystarczająca
- ☐ nie może liczyć na wsparcie instytucji pomocowych lub pomoc ta jest niewystarczająca

4) CZY OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O WSPARCIE PROWADZI JEDNOOSOBOWE GOSPODARSTWO DOMOWE?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5) CZY OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O WSPARCIE SPEŁNIA KRYTERIA PODSTAWOWE?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6) WERYFIKACJA DOCHODU NETTO ORAZ PONOSZONYCH WYDATKÓW NASTĄPIŁA NA PODSTAWIE OKAZANYCH DOKUMENTÓW:

.....

.....

.....

.....

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji (podpis przedstawiciela Fundacji)