

Załącznik nr 1

do Regulaminu 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”
EDYCJA 2026/2027**

WYPEŁNIA OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O WSPARCIE

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć:

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

Numer telefonu:

.....

Adres e-mail:

Adres zamieszkania

Ulica:

.....

Nr domu: Nr lokalu:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Czy uczestniczył/a Pan/Pani w edycji 2025/2026 Programu „Karta dobra”?

☐ Tak

☐ Nie

II. Weryfikacja możliwości udziału w Programie

Proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi.

1. Czy jest Pan/Pani pracownikiem Fundacji Sedeka?

☐ Tak ☐ Nie

2. Czy jest Pan/Pani członkiem rodziny pracownika lub współpracownika Fundacji Sedeka?

☐ Tak ☐ Nie

3. Czy jest Pan/Pani wolontariuszem Fundacji Sedeka?

☐ Tak ☐ Nie

4. Czy korzysta Pan/Pani z programu „Na codzienne zakupy”?

☐ Tak ☐ Nie

5. Czy inna osoba prowadząca z Panem/Panią wspólne gospodarstwo domowe korzysta z Programu „Karta dobra” lub programu „Na codzienne zakupy”?

☐ Tak ☐ Nie

6. Czy mieszka Pan/Pani w placówce opiekuńczej?

☐ Tak ☐ Nie

III. Informacje o sytuacji życiowej

1. Warunki mieszkaniowe (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

Proszę zaznaczyć, które z poniższych sytuacji dotyczą Pana/Pani:

☐ zły stan mieszkania lub domu

☐ brak ogrzewania

☐ brak łazienki lub bieżącej wody

☐ mieszkanie niedostosowane do stanu zdrowia lub niepełnosprawności

☐ żadna z powyższych sytuacji mnie nie dotyczy

2. Stan zdrowia (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

☐ posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

☐ choruję przewlekłe

☐ wymagam stałego leczenia

☐ korzystam z rehabilitacji

☐ mam trudności z samodzielnym funkcjonowaniem

☐ nie dotyczy

3. Samodzielne funkcjonowanie

Proszę zaznaczyć, z wykonywaniem których codziennych czynności ma Pan/Pani trudności (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

☐ przygotowywanie posiłków

- ☐ robienie zakupów
 - ☐ poruszanie się poza domem
 - ☐ załatwianie spraw urzędowych
 - ☐ inne (jakie?)
-

☐ żadne z powyższych mnie nie dotyczy

4. Wsparcie

Jak ocenia Pan/Pani wsparcie ze strony rodziny lub osób bliskich?

- ☐ otrzymuję wystarczające wsparcie
- ☐ otrzymuję częściowe wsparcie
- ☐ nie otrzymuję wsparcia

5. Pomoc przy zakupach

Czy będzie Pan/Pani potrzebować pomocy przy robieniu zakupów w ramach Programu?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

6. Szczególne okoliczności

Czy w ostatnim czasie wystąpiły okoliczności, które znacząco pogorszyły Pana/Pani sytuację życiową?

- ☐ Tak, jeżeli tak, to jakie?
-

☐ Nie

7. Wsparcie

Czy korzysta Pan/Pani ze wsparcia pomocy społecznej lub innych instytucji/organizacji?

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeżeli tak, proszę zaznaczyć, z jakich form wsparcia Pan/Pani korzysta (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ świadczenia z pomocy społecznej (OPS/MOPS)
- ☐ usługi opiekuńcze
- ☐ pomoc żywnościowa

☐ wsparcie organizacji pozarządowych

☐ wsparcie finansowe z innych źródeł

☐ inne:

.....

Jak ocenia Pan/Pani, na ile otrzymywane wsparcie zaspokaja Pana/Pani podstawowe potrzeby życiowe?

☐ w pełni

☐ częściowo

☐ w niewielkim stopniu

☐ nie zaspokaja moich podstawowych potrzeb

IV. Informacje o gospodarstwie domowym

Czy prowadzi Pan/Pani jednoosobowe gospodarstwo domowe?

☐ Tak

☐ Nie - jeżeli nie, proszę podać liczbę osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe (łącznie z Panem/Panią) osób

Średni miesięczny dochód netto przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym: zł
(W przypadku jednoosobowego gospodarstwa domowego należy wpisać swój średni miesięczny dochód netto.

W przypadku gospodarstwa wieloosobowego należy obliczyć średni miesięczny dochód netto przypadający na 1 osobę, dzieląc łączny miesięczny dochód netto całego gospodarstwa domowego przez liczbę osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe.)

Dokumenty potwierdzające wysokość dochodu

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające wysokość mojego dochodu (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

☐ decyzję o przyznaniu lub waloryzacji emerytury

☐ decyzję o przyznaniu lub waloryzacji renty

☐ odcinek emerytury lub renty

☐ decyzję o przyznaniu świadczeń z pomocy społecznej

☐ decyzję o przyznaniu zasiłku lub innego świadczenia

☐ wyciąg z rachunku bankowego potwierdzający wpływ świadczenia

☐ zeznanie podatkowe (PIT)

☐ inne dokumenty potwierdzające dochód:

.....

.....

.....

Weryfikacja kryterium dochodowego

Zgodnie z Ramowymi Zasadami Programu „Karta dobra” – Edycja 2026/2027 średni miesięczny dochód netto przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym nie powinien przekraczać **1 960 zł**.

Czy średni miesięczny dochód netto przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym przekracza 1 960 zł?

☐ Nie

☐ Tak

Stałe i nieuniknione wydatki gospodarstwa domowego

Poniższą część należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy średni miesięczny dochód netto przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym przekracza 1 960 zł. Prosimy o wskazanie stałych i nieuniknionych miesięcznych wydatków całego gospodarstwa domowego (tj. wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe). Do wydatków można zaliczyć m.in. koszty leczenia, zakupu leków, rehabilitacji, środków medycznych, opłat mieszkaniowych, energii elektrycznej, gazu, ogrzewania, wody, opłat za usługi opiekuńcze oraz innych niezbędnych wydatków ponoszonych regularnie.

Rodzaj wydatku	Miesięczna kwota (zł)

V. Oświadczenia

☐ Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu są zgodne z prawdą.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Sedeka z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych wskazanych w niniejszym Formularzu w celu udziału w Projekcie: Karta Dobra Fundacji Biedronka. 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 – Projekt Karta Dobra dostępnej na stronie <http://sedeka.pl/rodo>

.....

Data i podpis

WYPEŁNIA FUNDACJA

VI. Uzasadnienie objęcia wsparciem Programu

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

- ☐ ma ukończone 65 lat
- ☐ ma ukończone 60 lat oraz była uczestnikiem Programu „Karta dobra” w poprzedniej edycji
- ☐ nie spełnia regulaminowego wymagania wiekowego, jednak znajduje się w szczególnie trudnej sytuacji

2) W PRZYPADKU ZAZNACZENIA W PYTANIU NR 1) ODPOWIEDZI OSTATNIEJ, WSKAZUJEMY OKOLICZNOŚCI UZASADNIAJĄCE PODSTAWY ZAKWALIFIKOWANIA DO PROGRAMU:

.....

.....

.....

3) CZY OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O WSPARCIE SPEŁNIA KRYTERIUM DOCHODOWE (średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym nie przekracza 1 960 zł)?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

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

.....

.....

.....

5) W PRZYPADKU ZAZNACZENIA W PYTANIU NR 3) ODPOWIEDZI DRUGIEJ WSKAZUJEMY OKOLICZNOŚCI UZASADNIAJĄCE PODSTAWY ZAKWALIFIKOWANIA DO PROGRAMU:

.....

.....

.....

.....

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji (podpis przedstawiciela Fundacji)