

## FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

### DO Programu „KARTA DOBRA”

Tytuł Programu	Karta dobra
Realizujący Program	Centrum Rozwoju Lokalnego
Okres realizacji	1.10.2025 – 31.07.2026

#### **CZĘŚĆ A (wypełnia kandydatka/kandydat do udziału w Programie)**

Prosimy o wypełnienie poniższego formularza, którego celem jest zebranie danych koniecznych do rekrutacji uczestników/uczestniczek Programu „Karta Dobra”

#### **Instrukcja wypełniania Formularza zgłoszeniowego:**

- Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić komputerowo lub czytelnie, najlepiej drukowanymi literami!
- Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem.
- Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól i uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza.

#### **I. Dane uczestniczki/uczestnika projektu:**

Imię											
Nazwisko											
Obywatelstwo											
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA					
PESEL											<input type="checkbox"/> brak nr PESEL
Typ i nr dokumentu (dot. w przypadku braku PESEL)											
Data urodzenia					-			-			RRRR – MM – DD

ADRES ZAMIESZKANIA (należy podać miejsce zamieszkania, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu.

Kraj					
Województwo					
Powiat					
Gmina					
Miejscowość		Kod pocztowy			
Ulica		Nr budynku		Nr lokalu	
Telefon (obligatoryjnie)					
Adres e-mail					

## II. Informacje o kandydatce:

### Kryteria obligatoryjne

<b>1. Osoba, która ukończyła 60 rok życia</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>2. Osoba zamieszkująca gminę Zawiercie, Poręba, lub Włodowice)</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>3. Kryterium dochodu netto (przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym): dochód równy lub niższy od kwoty 1869,00zł</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>4. Kryterium dochodu netto (przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym): dochód wyższy niż 1869,00zł, ale występują istotne, powtarzalne, nieuniknione wydatki finansowe, które po odliczeniu powodują sytuację finansową zbliżoną do minimum socjalnego)</b>	<input type="checkbox"/> TAK (poniżej proszę wpisać stałe, powtarzalne wydatki oraz ich kwotę)	<input type="checkbox"/> NIE

Lp.	Nazwa wydatku	kwota

#### Kryteria dodatkowe

1. Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK (1 pkt)	<input type="checkbox"/> NIE (0 pkt)
2. Sytuacja mieszkaniowa: brak podstawowych warunków (toalety, łazienki, bieżącej wody, ogrzewania), zły stan mieszkania lub kryzys bezdomności.	<input type="checkbox"/> TAK (1 pkt)	<input type="checkbox"/> NIE (0 pkt)
3. Samotność kandydata/kandydatki (np. senior zamieszkujący sam, bez pomocy ze strony rodziny itp.)	<input type="checkbox"/> TAK (1 pkt)	<input type="checkbox"/> NIE (0 pkt)

### III. Specjalne potrzeby (jeśli dotyczy):

1. Zapewnienie tłumacza polskiego języka migowego	<input type="checkbox"/> TAK
2. Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?	<input type="checkbox"/> TAK
3. Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:	<input type="checkbox"/> TAK

### Oświadczenia:

Ja, niżej podpisana/ny oświadczam, że

Zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie i akceptuję jego warunki.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zostałam poinformowana, że Program „Karta dobra” finansowany jest przez Fundację Biedronka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Mam świadomość odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wyrażam zgodę na otrzymywanie wszelkich informacji o projekcie i uczestnictwa w nim, drogą elektroniczną na adres e-mail podany w formularzu zgłoszeniowym w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz drogą telefoniczną.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wyrażam / nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji procesu rekrutacji oraz monitoringu i ewaluacji projektu.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że nie jestem pracownikiem lub wolontariuszem Centrum Rozwoju Lokalnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam, że nie otrzymałem/otrzymałam Karty Dobra w tej edycji od innej organizacji lub inne karty na zakupy Fundacji Biedronki („Na codzienne zakupy”, „Witamy i pomagamy – zakupy”)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że nie jestem mieszkańcem/mieszkanką placówki opiekuńczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem świadoma, że zgłoszenie chęci udziału w Programie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w nim.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....

data i miejscowość

.....

czytelny podpis Kandydata

**CZĘŚĆ B (wypełnia przedstawiciel Centrum Rozwoju Lokalnego)****Karta oceny formularza kwalifikacyjnego**

<b>Tytuł i numer projektu</b>	
<b>Imię i nazwisko Kandydata</b>	
<b>Imię i nazwisko członka Komisji Rekrutacyjnej oceniającego wniosek</b>	
<b>Deklaracja poufności i bezstronności oceniającego</b> Niniejszym oświadczam, że: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nie łączy mnie związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do drugiego stopnia) lub związek z tytułu przysposobienia, opieki i kurateli z żadnym z Kandydatów/ek do udziału w projekcie.</li><li>2. Nie pozostaję z żadnym z Kandydatów/ek do udziału w projekcie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.</li><li>3. Deklaruję, że będę bezstronnie i uczciwie wykonywać obowiązki oceniającego oraz że zapoznałem/am się z Regulaminem Programu „Karta Dobra”</li><li>4. Zobowiązuję się utrzymywać w poufności wszelkie informacje i dokumenty, wynikające z procesu oceny wniosku kwalifikacyjnego, w szczególności dane osobowe Kandydatów/ek do udziału w projekcie.</li></ol>	
<b>Data i podpis</b>	
<b>Numer identyfikacyjny kandydata/kandydatki</b>	

**Wykluczenia z programu (na podstawie oświadczeń zawartych w formularzu kwalifikacyjnym)**

1.	Kandydat/kandydatka nie jest pracownikiem lub wolontariuszem Centrum Rozwoju Lokalnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Kandydat/kandydatka nie otrzymał/a Karty Dobra w tej edycji od innej organizacji lub inne karty na zakupy Fundacji Biedronki („Na codzienne zakupy”, „Witamy i pomagamy – zakupy”)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Kandydat/Kandydatka nie jest mieszkańcem/mieszkanką placówki opiekuńczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**Ocena wykluczeń:**

Formularz rekomendowany:	TAK	NIE
- do oceny merytorycznej		
- do odrzucenia		
Uzasadnienie:		
Data i podpis		

I. Ocena kryteriów obligatoryjnych:

LP.	KRYTERIUM	spełnia	Nie spełnia
1	Czy formularz został złożony w terminie?		
2.	Czy kandydatka/ kandydat spełnia kryteria udziału w projekcie? tj.:  - ukończyła 60 rok życia  - mieszka na terenie gminy Zawiercie, Włodowice lub Poręba		

- dochód równy lub niższy od kwoty 1869,00zł lub dochód wyższy niż 1869,00zł, ale występują istotne, powtarzalne, nieuniknione wydatki finansowe, które po odliczeniu powodują sytuację finansową zbliżoną do minimum socjalnego		
--	--	--

II. Wynik oceny kryteriów obligatoryjnych:

Formularz rekomendowany:	TAK	NIE
- do oceny kryteriów dodatkowych		
- do poprawy uchybień/złożenia dodatkowych wyjaśnień		
- do odrzucenia		
Uzasadnienie:		
Data i podpis		

III. Ocena kryteriów dodatkowych

LP.	KRYTERIUM	Waga punktowa	spełnia	Nie spełnia
1	Osoba z niepełnosprawnościami	1 pkt		
2.	Sytuacja mieszkaniowa: brak podstawowych warunków (toalety, łazienki, bieżącej wody, ogrzewania), zły stan mieszkania lub kryzys bezdomności.	1 pkt		
3.	Samotność kandydata/kandydatki (np. senior zamieszkujący sam, bez pomocy ze strony rodziny itp.)	1 pkt		
Łączna liczba punktów				



Formularz rekomendowany – decyzja o zakwalifikowaniu do Programu		TAK	NIE
- zakwalifikowany/zakwalifikowana			
- nie zakwalifikowany/ nie zakwalifikowana			
Uzasadnienie:			
Data i podpis			