|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PROGRAM OPERACYJNY  POMOC ŻYWNOŚCIOWA  2014 – 2020 |  | UNIA EUROPEJSKA  EUROPEJSKI FUNDUSZ POMOCY NAJBARDZIEJ POTRZEBUJĄCYM |  |

# Załącznik Nr 1 do wytycznych

……………………………………………………

Pieczęć organizacji

**Lista osób zakwalifikowanych do otrzymania pomocy żywnościowej**

**w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa2014-2020**

**współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym**

**Podprogram 2015**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Liczba osób w rodzinie zakwalifikowanych do otrzymania pomocy[[1]](#footnote-1)** | **Sposób kwalifikowania**  **(OP/OPS)[[2]](#footnote-2)** | **Powód zakwalifikowania[[3]](#footnote-3)** | **Data zakwalifikowania**  **(dd/mm/rrrr)** | **Okres przyznania pomocy (od…do…)** | **Przedłużenie okresu przyznania pomocy żywnościowej[[4]](#footnote-4)**  **(od…do…)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |

**Podpis przedstawiciela organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej[[5]](#footnote-5) w ramach PO PŻ**

data ……………………………………………… podpis i pieczęć …………………………………………………………

1. Do liczby osób w rodzinie należy wliczać osobę wymienioną na liście [↑](#footnote-ref-1)
2. Wpisać właściwe OP - organizacja partnerska; OPS – ośrodek pomocy społecznej [↑](#footnote-ref-2)
3. Wypełnić zgodnie ze skierowaniem OPS do otrzymania pomocy żywnościowej w ramach PO PŻ w oparciu o art. 7 ustawy o pomocy społecznej [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wypełnić w przypadku przedłużenia okresu przyznania pomocy żywnościowej przez OPS (w przypadku skierowania lub listy) albo OP (w przypadku osób bezdomnych) [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-5)