



e-mail

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. ФОРМАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКОВІ КРИТЕРІЇ

Я, нижчепідписаний/а, підтверджую, що особа, яку я реєструю на перебування в адаптаційному житлі:

1. Прибув/ла до Польщі після 24.02.2022 р. у зв'язку з триваючим збройним конфліктом з Російською Федерацією

ТАК НІ

2. Мешкає на території міста Кельце

ТАК НІ

3. Має номер PESEL/ очікує на надання номеру PESEL

ТАК НІ

4. Користується такою ж самою підтримкою в інших проектах, що співфінансуються з ЄСФ, на момент подання Заяви на житло

ТАК НІ

5. Має:

мають дозвіл на постійне проживання

ТАК НІ

мають дозвіл на проживання довгострокового резидента в Європейському Союзі

ТАК НІ

мають дозвіл на тимчасове проживання

ТАК НІ

мають статус біженця

ТАК НІ

мають додатковий захист

ТАК НІ

мають дозвіл на толероване перебування

ТАК НІ

мають дозвіл на проживання з гуманітарних причин

ТАК НІ

визнані громадянином Польщі

ТАК НІ

мають надане громадянство Польщі



TAK NI

III. OCENIUJANE KRYTERIUM

Я, нижчепідписаний/а, підтверджую, що особа, яку я реєструю на перебування в адаптаційному житлі:

1. Має довідку про інвалідність, видану в Польщі компетентним органом
 TAK NI
При наявності довідки, будь ласка, зазначте ступінь інвалідності
 значний
 помірний
 легкий
2. Має довідку від лікаря-спеціаліста про хронічне захворювання, якщо не має Інвалідності
 TAK NI
3. Зараз перебуває в місцях колективного тимчасового розміщення
 TAK NI
4. Зараз є працевлаштованим/ою
 TAK NI

IV. ДОДАНІ ДОКУМЕНТИ

1. Довідка про ступінь інвалідності
 TAK NI
2. Довідка від лікаря-спеціаліста про хронічне захворювання
 TAK NI

_____ *Місцевість, дата*

V. ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДОДАВАННЯ ДО ЗАЯВИ ДОДАТКІВ

1. Довідка про ступінь інвалідності
 TAK NI



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



2. Медична довідка про хронічне захворювання

TAK NI

.....
*Печатка/ підпис працівника
Відділу Організації Денного та Цілодобового Перебування
Громадян Похилого Віку та Інвалідів*

.....
Місцевість, дата