**АНКЕТА ДЛЯ ОТРИМАННЯ БАГАТОЦІЛЬОВОЇ ДОПОМОГИ**

**ДЛЯ ДОМОГОСПОДАРСТВ**

*Будь ласка, заповніть анкету. Інформація, яку Ви надаєте в цій анкеті, є основою для прийняття рішення щодо надання багатоцільової допомоги. Тому просимо Вас надавати повну, точну та правдиву інформацію щодо свого домогосподарства.*

1. **Вкажіть Ваші:**

Прізвище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ім’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По-батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Відмітьте, будь ласка, до якої категорії Ви відноситися (можна обрати дві категорії):**
2. Особа, яка втратила майно/житло внаслідок руйнування Каховської ГЕС
3. Вимушено переміщена особа (ВПО), яка офіційно зареєстрована
4. Біженець/ка, офіційно не зареєстрована, як ВПО
5. Людина з обмеженими можливостями (людина з інвалідністю)
6. Мати-одиначка з дитиною/дітьми
7. Батько-одинак
8. Багатодітна мати
9. Багатодітний батько
10. Представник/ця уразливих до ВІЛ груп (ЛВІН, ЛЖВ, СР, ЧСЧ, ЛГБТ)
11. Людина, що опинилися у складних життєвих обставинах (СЖО)
12. Інше (що саме?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. **Де Ви зараз проживаєте разом зі своїм домогосподарством?**
14. В своїй квартирі, будинку
15. В орендованій квартирі/будинку
16. В шелтері (дитячий садок, школа, спортивний зал, інше тимчасове приміщення для ВПО)
17. Не маємо, де жити, тільки переїхали/шукаємо житло
18. Інше (що саме?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Опишіть своє домогосподарство.**

*Домогосподарство – це члени однієї або декількох родин, що мешкають в одному будинку або квартирі, ведуть спільне хазяйство та харчуються разом.*

1. **Скільки членів входить у Ваше домогосподарство, тобто живуть разом з Вами, ведуть спільне хазяйство та харчуються разом?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Надайте, будь ласка, інформацію про членів Вашого домогосподарства та напишіть їх контактні телефони.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПІБ** | **Дата народження** | **Ким Вам приходиться дана людина (наприклад, син, дочка, чоловік, батько тощо)** | **Контактний телефон** (*якщо у людини немає власного номеру телефону, надайте телефон особи з цього домогосподарства, з якою можна зв’язатися*) | **Інвалідність (вказати ТАК, якщо є інвалідність)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Опишіть, на що саме Вам потрібна багатоцільова допомога.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Деталізувати бюджет багатоцільової допомоги:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Товар\послуга** | **Вартість за одиницю, грн.** | **Кількість одиниць** | **Загальна вартість, грн.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Чи є Ви відповідальною особою за отримання багатоцільової допомоги для Вашої родини (домогосподарства)?**
2. Так
3. Ні, назвіть, хто буде відповідальною особою

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Чи підтверджуєте Ви правдивість наданої інформації?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис

Я розумію, що неправдива або неповна інформація може бути причиною відмови у видачі багатоцільової допомоги.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис

*НУО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ знадобиться від Вас і кожного члена Вашої родини така інформація:*

* *ідентифікаційний код платника податків;*
* *паспорт з вказаним місцем прописки*
* *свідоцтво про народження дітей (за наявності);*
* *довідка ВПО (за наявності);*
* *свідоцтво про інвалідність*

Увага! Отримувачі багатоцільової допомоги в рамках проекту самостійно несуть ризик можливого зменшення (скасування) призначених їм соціальних виплат (субсидій), соціальної допомоги, тощо, у зв’язку з одержанням допомоги в рамках даного проекту.