**Załącznik Nr 1**

……………………………………………………

Pieczęć organizacji

**Lista osób zakwalifikowanych do otrzymania pomocy żywnościowej**

**w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa**

**współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym**

**Podprogram 2014**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i Nazwisko** | **Liczba osób w rodzinie zakwalifikowanych do otrzymania pomocy[[1]](#footnote-1)** | **Sposób kwalifikowania**  **(OP/OPS)[[2]](#footnote-2)** | **Powód zakwalifikowania** | **Data zakwalifikowania** | **Okres przyznania pomocy (od…do…)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |

**Podpis przedstawiciela organizacji partnerskiej regionalnej/lokalnej[[3]](#footnote-3)**

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. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)