

Nr ankiety .....

**Ankieta kwalifikacyjna do ustalenia wysokości partycypacji w kosztach pobytu obywatela Ukrainy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. 2023 poz. 103)**

**Informacje o obywatelu Ukrainy** (wypełnia obywatel Ukrainy)

Wypełnić ankietę drukowanymi literami w języku polskim

1. Data wypełnienia ankiety (dzień/miesiąc/rok): .....
2. Imię i nazwisko:.....
3. PESEL:.....
4. Płeć (zaznaczyć właściwe): Mężczyzna:  Kobieta:
5. Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok): .....
6. Data przekroczenia granicy Rzeczypospolitej Polskiej pierwszy raz po 24 lutego 2022 r  
(dzień/miesiąc/rok): .....
- (zaznaczyć właściwe):  
 na podstawie posiadanego dokumentu potwierdzającego przekroczenie granicy Rzeczypospolitej Polskiej pierwszy raz po 24 lutego 2022 r.:  
.....  
(wpisać: nazwa, numer i seria dokumentu uprawniającego do przekroczenia granicy)
- na podstawie wypełnionego oświadczenia obywatela Ukrainy o pierwszym po 24 lutego 2022r. przekroczeniu granicy Rzeczypospolitej Polskiej, będącego załącznikiem do ankiety kwalifikacyjnej.
7. Oświadczam, że spełniam następujący warunek, uprawniający mnie do wyłączenia z partycypacji w kosztach pobytu zgodnie z przepisami ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. 2023 poz. 103),  
(zaznaczyć właściwe):  
 posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji

zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 i 173) i załączam kopię dokumentu potwierdzającego ten fakt (*art. 12 ust. 17c pkt 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy*);

opiekuję się osobą niepełnosprawną posiadającą polskie orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i załączam kopię dokumentu potwierdzającego ten fakt (*art.12 ust. 17d pkt 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy*);

1. ....  
(imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia osoby, którą się opiekuję)

ukończyłam 60 rok życia (w przypadku kobiet), bądź ukończyłem 65 rok życia (w przypadku mężczyzn) (*art.12 ust. 17c pkt. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy*);

jestem kobietą w ciąży i załączam kopię dokumentu potwierdzającego ten fakt lub w przypadku braku dokumentu, oświadczenie o ciąży (*art.12 ust. 17c pkt. 3 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy*);

jestem osobą wychowującą dziecko do 12 miesiąca życia (*art.12 ust. 17c pkt. 3 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy*);

1. ....  
(imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia dziecka wynikające z posiadanych dokumentów)

samotnie sprawuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej opiekę nad trojgiem i więcej dzieci (*art.12 ust. 17c pkt. 4 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy*);

1. ....  
(imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia dziecka wynikające z posiadanych dokumentów)

2. ....  
(imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia dziecka wynikające z posiadanych dokumentów)

3. ....  
(imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia dziecka wynikające z posiadanych dokumentów)

jestem opiekunem tymczasowym ustanowionym dla małoletniego, o którym mowa w art. 25a ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy (*art.12 ust. 17d pkt. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy*) i wniosuję o zwolnienie niżej wymienionej osoby małoletniej;

1. ....  
(imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia małoletniego wynikające z posiadanych dokumentów)

pod moją opieką znajdują się następujące osoby małoletnie - (*art.12 ust. 17c pkt. 5 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy*)

1. ....  
(imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia małoletniego wynikające z posiadanych dokumentów)



Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.  
Oświadczam, że w przypadku zmian mających wpływ na prawo do wyłączenia z partycypacji w kosztach pobytu zgodnie z przepisami ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, niezwłocznie poinformuję o tym przedstawicieli podmiotu, świadczącego usługi zakwaterowania obywateli Ukrainy na rzecz Starosty Ciechanowskiego, w którym jestem zakwaterowany.

Niniejsza Ankieta w części I została sporządzona w dwóch wersjach językowych: w języku polskim i w języku ukraińskim, z zastrzeżeniem, że w razie rozbieżności wiążąca jest polska wersja językowa.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis obywatela Ukrainy)

Załącznik do Ankiety kwalifikacyjnej do ustalenia wysokości partycypacji w kosztach pobytu obywatela Ukrainy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. 2023 poz. 103)

**\* WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI W JĘZYKU POLSKIM**

## **OŚWIADCZENIE OBYWATELA UKRAINY O PIERWSZYM PO 24 LUTEGO 2022 R. PRZEKROCZENIU GRANICY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Ja niżej podpisany/a, .....  
(imię i nazwisko)

legitymujący/a się dokumentem tożsamości:.....  
.....  
(wpisać: nazwa, numer i seria dokumentu tożsamości)

oświadczam, że pierwszy raz po 24 lutego 2022r. przekroczyłem/am granicę Rzeczypospolitej Polskiej na przejściu granicznym w miejscowości ....., w dniu..... z uwagi na działania wojenne podjęte na Ukrainie przez Federację Rosyjską, w obawie o moje zdrowie i życie.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis uchodźcy)

\* WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI W JĘZYKU POLSKIM

## OŚWIADCZENIE OBYWATELKI UKRAINY O CIĄŻY

Ja niżej podpisana, .....  
(imię i nazwisko)

legitymująca się dokumentem tożsamości .....  
(wpisać: nazwa, numer i seria dokumentu tożsamości)

....., oświadczam, że jestem w ciąży. Spodziewany termin porodu to:  
..... (dzień/miesiąc/rok). Zobowiązuję się również do przedłożenia  
(terminie nieprzekraczającym 1 miesiąca od podpisania niniejszego oświadczenia) zaświadczenia od  
lekarza potwierdzającego ciążę.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis uchodźcy)