

Karta zgłoszenia do Programu

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025

MODUŁ I – Zapewnienie usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich seniorom w wieku 60 lat i więcej

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak** / **Nie**
Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko
6. Grupa/stopień niepełnosprawności:
7. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
8. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** / **Nie**
9. Czy porusza się Pan(i):
1) samodzielnie 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
10. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak** / **Nie**

II. ŚRODOWISKO:

1. Wskazuje OSOBĘ DO REALIZACJI USŁUG SĄSIEDZKICH? **Tak** / **Nie**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Tel kontaktowy

Jednocześnie oświadczam, że osoba wskazana przez mnie

- 1) jest osobą pełnoletnią,
 - 2) jest akceptowana przeze mnie i chcę, żeby świadczyła usługi sąsiedzkie w moim miejscu zamieszkania,
 - 3) nie jest członkiem mojej rodziny,
 - 4) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym,
 - 5) zamieszkuje w moim najbliższym sąsiedztwie.
2. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?
.....
 3. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani opiekun/ka - zakres czynności w szczególności ma dotyczyć (zaznaczyć właściwe):
 - 1) zakres usług gospodarczych:
 - a) sprzątanie mieszkania;
 - b) dokonywanie zakupów artykułów spożywczych i przemysłowych za pieniądze podopiecznego (w sklepach bliskich miejsca zamieszkania chorego);

- c) pomoc w przygotowaniu posiłków;
 - d) utrzymanie w czystości sprzętu gospodarstwa domowego i urządzeń sanitarnych;
 - e) pranie bielizny osobistej oraz lekkiej odzieży;
 - f) palenie w piecu i przynoszenie opału;
 - g) utrzymywanie czystości w pomieszczeniach użytkowanych przez uczestnika projektu;
- 2) zakres usług pielęgnacyjnych:
- a) toaleta poranna i/lub wieczorna;
 - b) zmiana bielizny osobistej;
 - c) zmiana pościeli;
 - d) pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych;
 - e) rozkładanie i podawanie leków zgodnie z zaleceniem lekarza.
- 3) załatwianie spraw życiowych:
- a) umawianie wizyt lekarskich, realizacja recept;
 - b) spacerowanie z chorym;
 - c) prowadzenie rozmów z podopiecznym, motywowanie do pozytywnego nastawienia do otoczenia;
 - d) załatwianie spraw urzędowych;
 - e) prowadzenie ewidencji wydatków i rozliczanie się z uczestnikiem z wydanych pieniędzy;
 - f) informowanie najbliższych lub odpowiednich służb o pilnych potrzebach czy pogorszeniu się stanu zdrowia.

III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług świadczonych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Sokółce tj. usługi opiekuńcze, usługi w ramach Programu Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością

Tak / Nie

IV. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług sąsiedzkich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.
4. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do świadczenia usług sąsiedzkich jest przygotowana do świadczenia usług sąsiedzkich.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)