

Formularz zgłoszeniowy do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 – Moduł I

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. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak** / **Nie**

II. Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:

- jestem osobą w wieku 60 lat i więcej
- jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwa domowe, mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia
- jestem osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

III. Środowisko:

1. Wskazuję **OSOBĘ DO REALIZACJI USŁUG SĄSIEDZKICH** **Tak** / **Nie**
Imię i nazwisko:
- Adres zamieszkania:
- Telefon 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) mieszka na terenie Grudziądza, w mojej najbliższej okolicy osoby.

Czy wskazana osoba ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy **Tak** / **Nie** / **Nie dotyczy**

2. W jakich dniach/godzinach/porach dnia/ potrzebne będzie wsparcie?
.....

3. Preferowane wsparcie w ramach usług sąsiedzkich (zaznaczyć właściwe):

- porządkowanie mieszkania,
- przyrządzanie posiłków,
- pranie,

- przynoszenie opału,
- rozmowy,
- wspólne spędzanie czasu wolnego
- pomoc przy robieniu zakupów,
- informowanie najbliższych lub odpowiednich służb o pilnych potrzebach czy pogorszeniu się stanu zdrowia,
- towarzyszenie w wizytach u lekarza,
- załatwianie spraw urzędowych.

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług świadczonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Grudziądzu, tj. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług asystencji osobistej
Tak / Nie

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług sąsiedzkich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam 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 2024.

Miejscowość, data

.....
(Podpis kandydata do Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług sąsiedzkich.

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)