

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

1. Dane uczestnika Programu:

1) Imię i nazwisko:

2) Adres:

3) Telefon kontaktowy:

4) Data urodzenia:

2. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny/kurator? Tak ☐ / Nie ☐;

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko:

3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Tak ☐ / Nie ☐;

Jeżeli Tak, proszę wpisać jaki stopień:

4. Czy ma Pan(i) problem z samodzielnym funkcjonowaniem? Tak ☐ / Nie ☐;

5. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – Tak ☐ / Nie ☐;

6. Proszę zaznaczyć usługi sąsiedzkie jakimi jest Pan(i) zainteresowany(a);

1) Porządkowanie domu ☐

2) Przyrządzanie posiłków ☐

3) Pranie odzieży ☐

4) Przynoszenie opału i palenie w piecu ☐

5) Wspólne spędzanie czasu wolnego, a także działania pomocowe poza domem ☐

6) Robienie zakupów ☐

7) Pomoc w sprawach urzędowych ☐

7. Wskazuję OSOBĘ DO REALIZACJI USŁUG SĄSIEDZKICH:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy :

Jednocześnie oświadczam, że osoba wskazana przeze 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.

8. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług świadczonych przez Ośrodek Pomocy Społecznej, tj. usługi opiekuńcze, usługi asystencji osobistej Tak ☐ / Nie ☐.

Jeżeli tak, proszę wpisać jakie usługi:

Niniejszym deklaruje udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.

Miejscowość, data

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

OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ JAKO REALIZATORA USŁUG SĄSIEDZKICH

1. Ja oświadczam, że mój stan
(imię i nazwisko realizatora usług)

psychofizyczny jest dobry i jestem zdolny/a do świadczenia usług sąsiedzkich na rzecz Pana/i

.....
(imię i nazwisko Uczestnika)

2. Uczestniczyłem/am w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy: TAK NIE

3. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Programie i wyrażam zgodę na udział w nim.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby wskazanej