Załącznik nr 1

do Regulaminu udziału w Programie

 „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 –

 Moduł I- usługi sąsiedzkie

**Karta zgłoszenia do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024- Moduł I**

 I. Dane uczestnika Programu:

 1. Imię nazwisko…………………………………………..................………………………………… 2. Adres: …………………………….…...................…….................……….......................................................... 3. Telefon kontaktowy:………………………………..……………………………………………………………

4. Data urodzenia…………………...…………………………………………………………………… 5. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)?

 ☐ Tak ☐ Nie

 6. Czy pozostaje Pan(i) w związku małżeńskim?

 ☐ Tak ☐ Nie

7. Czy posiada Pan(i) wstępnych lub zstępnych krewnych na terenie m. Sejny?

☐ Tak ☐ Nie

8. Czy posiada Pan(i) problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowie?

 ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak proszę podać jakie …………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………

9. Czy wskazuje Pan (i) osobę, która będzie świadczyć u Pana (i) usługi sąsiedzkie?

 ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………….…………..……

10. W jakich czynnościach potrzebuje Pan (i) wsparcia: Zapewnienie posiłku:

1) Przygotowywanie bieżących posiłków lub posiłków na pozostałą część dnia

Tak ☐ / Nie ☐

2) Pomoc w spożywaniu posiłku lub karmienie

Tak ☐ / Nie ☐

3) Dokonywanie bieżących zakupów niezbędnych artykułów spożywczych, higienicznych, środków czystości i leków

Tak ☐ / Nie ☐

4) Dostarczanie obiadu z wyznaczonego punktu gastronomicznego

 Tak ☐ / Nie ☐

2 Czynności higieniczno- pielęgnacyjne

1) Utrzymanie higieny osobistej:

 a) toaleta poranna Tak ☐ / Nie ☐

b) kąpiel w wannie Tak ☐ / Nie ☐

c) mycie ciała w łóżku( dotyczy osób całkowicie leżących) Tak ☐ / Nie ☐

d) czesanie Tak ☐ / Nie ☐

e) obcinanie paznokci Tak ☐ / Nie ☐

f) golenie Tak ☐ / Nie ☐

g) pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych ( w tym zmian pampersa/pieluchomajtek) Tak ☐ / Nie ☐

 h) pomoc w ubieraniu się, zmiana odzieży, bielizny osobistej Tak ☐ / Nie ☐

 i) słanie łóżka, zmiana pościeli Tak ☐ / Nie ☐

j) układanie w łóżku i pomaganie przy zmianie pozycji Tak ☐ / Nie ☐ Czynności gospodarcze

a) przynoszenie opału, wody, palenie w piecu, wynoszenie popiołu Tak ☐ / Nie ☐

b) utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia odbiorcy sług z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych (sprzątanie przy użyciu sprzętu zmechanizowanego) oraz utrzymanie w czystości urządzeń sanitarnych Tak ☐ / Nie ☐

c) utrzymanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych, z których korzysta podopieczny Tak ☐ / Nie ☐

d) pranie w pralce bielizny osobistej, odzieży i bielizny pościelowej podopiecznego Tak ☐ / Nie ☐

e) prasowanie drobnej odzieży podopiecznego Tak ☐ / Nie ☐

 f) mycie okien, zmiana zasłon i firan maksymalnie raz w roku Tak ☐ / Nie ☐

Zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

 a) dokonywanie opłat związanych z utrzymaniem mieszkania Tak ☐ / Nie ☐

 b) ustalanie wizyt lekarskich i towarzyszenie w nich, jeżeli zachodzi taka potrzeba Tak ☐ / Nie ☐

 c) realizacja recept lekarskich Tak ☐ / Nie ☐

 d) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych Tak ☐ / Nie ☐

 e) zapewnienie w razie potrzeby kontaktu z pielęgniarką środowiskową i/lub pracownikiem socjalnym Tak ☐ / Nie ☐

f) zapewnienie dostępu do książek, prasy Tak ☐ / Nie ☐

g) zachęcanie do czynnego uczestniczenia w zajęciach codziennej egzystencji Tak ☐ / Nie ☐ …………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………

OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług sąsiedzkich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania 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 w godzinach realizacji usług sąsiedzkich nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.); inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.

5. W przypadku wskazania osoby świadczącej usługi sąsiedzkie w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

.…………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)