

Karta zgłoszenia do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025- Moduł I

Dane uczestnika Programu:

1. Imię i 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. Płocka?
☐ Tak
☐ Nie
8. Czy posiada Pan(i) problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia?
☐ 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 jej imię i nazwisko oraz telefon:

.....

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

Zapewnienie posiłku:

Przygotowywanie bieżących posiłków lub posiłków na pozostałą część dnia **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Pomoc w spożywaniu posiłku lub karmienie **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Dokonywanie bieżących zakupów niezbędnych artykułów spożywczych, higienicznych, środków czystości i leków **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Dostarczanie obiadu z wyznaczonego punktu gastronomicznego **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Czynności higieniczno- pielęgnacyjne

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) śłanie 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 usług 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 (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 2025 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)