**MOPS**

|  |
| --- |
|  NR ANKIETY |

**Lidzbark Warmiński**

**FORMULARZ DLA WOLONTARIUSZA**

Program ,,Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | **Rok urodzenia** |
| **Miejsce zamieszkania** |
| Miejscowość: | Ulica: | województwo: |
| Telefon kontaktowy: | Komórka: |
| e-mail: | WWW, nr GG, Tlen, Skype, itp. |
|  |
| **Określ swoją aktywność zawodową** |
|  uczeń ( szkoła podstawowa;  szkoła średnia) student – kierunek studiów:.................................................................................................. pracujący - zawód wykonywany:........................................................................................... emeryt rencista bezrobotny/ poszukujący pracy niepracujący z wyboru inne: ………………………………………………………………… |
| **Usługi wsparcia do realizacji z osobami starszymi (proszę podkreślić właściwe)** |
| * Wsparcie społeczne w tym m. in.:
* spacery,
* rozmowy,
* wspólne sporządzanie posiłków,
* pomoc w zakupach,
* pomoc seniorom przebywającym w kwarantannie
* Ułatwienie dostępności do podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej poprzez:
* wsparcie/pomoc w umawianiu wizyt lekarskich miejscu zamieszkania seniora lubpomoc w dowiezieniu seniora na wizytę lekarską, w tym również asystowanie podczaswizyty
* pomoc w zorganizowaniu transportu na szczepienia
* pomoc w załatwieniu prostych spraw urzędowych, w zależności od możliwości osobyudzielającej wsparcia, i w razie konieczności – gdy obecność seniora jest niezbędna dozałatwienia sprawy – pomoc w dowiezieniu seniora do urzędu
* Wsparcie psychologiczne w tym m. in.
* informowanie o dostępie do ogólnopolskich „telefonów zaufania” dla seniorów
* pomoc seniorowi w czynnościach umożliwiających otrzymanie wsparcia psychologicznego bądź w formie specjalistycznych usług opiekuńczych za zgodą seniora
* Wsparcie w czynnościach dnia codziennego w tym m. in.:
* pomoc/towarzyszenie na spacerze, w wyprowadzeniu psa itp.,
* pomoc w sprawach związanych z utrzymaniem porządku w domu, w tym zapewnieniepomocy w miarę możliwości i zakresu wiedzy wolontariusza
* dostarczanie seniorom zakupów obejmujących artykuły podstawowej potrzeby, w tym artykuły spożywcze oraz środki higieny osobistej
* pomoc/towarzyszenie w zakresie załatwienia spraw urzędowych czy przy realizacji recept

 inne:…………………………………………………………………………………………………………… |
| **Prosimy o zaznaczenie czasu, jakim dysponujesz:** |
| do południa (do godz. 12), po południu (godz. 12-17), wieczorem (po godz. 17); dowolny dzień (od poniedziałku do piątku), weekendy, wakacje, ferie; |
| **Zareklamuj siebie – inne dodatkowe informacje (max. 10 zdań) - pole opisowe** |
| **(**obsługa komputera/ Internet, dobra znajomość języków obcych, jakich, uzdolnienia artystyczne, jakie: umiejętności sportowe, jakie, ukończone kursy, szkolenia, jakie.)  |

**Oświadczenie**

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb pośrednictwa wolontariatu realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej.

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** | **Podpis:** |