

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) PESEL:

.....

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 ☐;

.....

4. Czy ma Pan(i) problem z samodzielnym funkcjonowaniem?

.....

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

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

1) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym podstawowa opieka higieniczna,
w szczególności: utrzymanie higieny osobistej (korzystanie z toalety, mycie głowy, mycie ciała,
kąpiel, przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów, sianie łóżka i zmiana pościeli)

Tak ☐ / Nie ☐;

2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego (sprząatanie, wynoszenie śmieci, bieżące

zakupy, pranie, zakup lekarstw) Tak ☐ / Nie ☐;

3) zapewnienie kontaktu z otoczeniem Tak ☐ / Nie ☐;

7. Wskazuję OSOBĘ DO REALIZACJI USŁUG SĄSIEDZKICH:

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy :

.....

PESEL:

.....

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 ☐.

.....

.....

.....
miejscowość, data podpis kandydata lub opiekuna prawnego