

**Ankieta rekrutacyjna seniora w ramach realizacji programu osłonowego
„Korpusu Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2022**

CZĘŚĆ 1 – część wspólna dla Modułu I i II

1– WYPEŁNIA SENIOR

DANE SENIORA

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	

DANE KONTAKTOWE

ULICA I NR	
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	
NR TELEFONU	

SYTUACJA RODZINNA I MIESZKANIOWA: (zaznacz właściwe)

ZAMIESZKUJĘ SAMOTNIE	Tak / Nie
ZAMIESZKUJE Z OSOBĄ, KTÓRA NIE JEST W STANIE ZAPEWNIĆ WYSTARCZAJĄCEGO WSPARCIA	Tak / Nie

SYTUACJA ZDROWOTNA: (zaznacz właściwe)

Osoba z niepełnosprawnością	Tak / Nie
Orzeczenie w stopniu	Lekkim / umiarkowanym / znacznym/ inne

Część 1 A - Moduł I ZAKRES OCZEKIWANYCH CZYNNOŚCI WOLONTARIUSZA

Zakres wsparcia oczekiwanego przez seniora:

Opis usługi wsparcia		NIE ¹	OKAZJONALNIE - w miarę potrzeb ¹	TAK - regularnie	
				dni tygodnia ²	godziny ³
Wsparcie społeczne	Wspólne spędzanie czasu				
	Wspólne sporządzanie posiłków				
	Wspólne zakupy				
	Inne:				
Ułatwienie dostępu do opieki zdrowotnej	Umawianie wizyt lekarskich				
	Asystowanie podczas wizyty				
	Pomoc w organizacji transportu				
Wsparcie psychologiczne	Informowanie o dostępie do wsparcia psychologicznego				
Wsparcie w czynnościach dnia codziennego	Towarzyszenie na spacerze				
	Wyprowadzanie psa				
	Pomoc w utrzymaniu porządku				
	Pomoc w dostarczaniu żywności, paczek okolicznościowych				
	Zakupy, realizacja recept				
	Dostarczanie ciepłych posiłków				
	Pomoc/ towarzyszenie w załatwianiu spraw urzędowych				
	Inne:				

¹ Należy wstawić znak „X” w wybranym polu

² Należy wskazać konkretne dni

³ Należy wskazać konkretne godziny lub przedziały godzinowe

Część 1 B - Moduł II - „Opieka na odległość”

Przystępuję do udziału w Module II poprzez korzystanie z „opaski bezpieczeństwa”

TAK

☐

NIE

☐

Przetwarzanie danych osobowych -klauzula informacyjna:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku ul. Słoneczna 15d, 76-200 Słupsk. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, kontakt: e-mail e.zubka@mopr.slupsk.pl.
2. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia dokumentacji związanej zawarciem i wykonaniem umowy oraz w celu ewentualnego zabezpieczenia lub dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami.
3. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit b) i f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w związku z przepisami Kodeksu cywilnego oraz dotyczącymi finansów publicznych (Dz.U.UE.L z 2019 poz.730).
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich podanie jest warunkiem zawarcia i realizacji umowy.
5. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji umowy, obowiązku archiwizowania dokumentacji oraz do upływu okresu przedawnienia roszczeń wynikających z zawartej umowy.
6. Odbiorcami danych osobowych są osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności na podstawie przepisów o dostępie do informacji publicznej.
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO.
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, nie przysługuje prawo do usunięcia danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo sprzeciwu przez czas realizacji czynności określonych w ust. 3.
9. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Dane osobowe, które są przetwarzane przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(Data i podpis seniora)

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIA PRACOWNIK SOCJALNY

Ewentualne uwagi pracownika socjalnego mogące mieć wpływ na świadczenie usług:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis pracownika socjalnego)

Ankieta wolontariusza w ramach realizacji programu osłonowego „Korpusu Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2022

Imię i nazwisko

.....

Telefon, adres e-mail

.....

Wiek

.....

Deklarowana dyspozycyjność i zakres wsparcia oferowanego przez wolontariusza:

Opis usługi wsparcia		NIE ¹	OKAZJONALNIE - w miarę możliwości ¹	TAK - regularnie ¹		Uwagi
				dni tygodnia ²	godziny ³	
Wsparcie społeczne	Wspólne spędzanie czasu					
	Wspólne sporządzanie posiłków					
	Wspólne zakupy					
	Inne:					
Ułatwienie dostępności do opieki	Umawianie wizyt lekarskich					
	Asystowanie podczas wizyty					
	Pomoc w organizacji transportu					

¹ Należy wstawić znak „X” we właściwych polach

² Należy wskazać konkretne dni

³ Należy wskazać konkretne godziny lub przedziały godzinowe

Wsparcie psychologiczne	Informowanie o dostępie do wsparcia psychologicznego					
Wsparcie w czynnościach dnia codziennego	Towarzyszenie na spacerze					
	Wyprowadzanie psa					
	Pomoc w utrzymaniu porządku					
	Pomoc w dostarczaniu żywności, paczek okolicznościowych					
	Zakupy, realizacja recept					
	Dostarczanie ciepłych posiłków					
	Pomoc/ towarzyszenie w załatwianiu spraw urzędowych					
	Inne:					

Przetwarzanie danych osobowych - klauzula informacyjna:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku ul. Słoneczna 15d, 76-200 Słupsk. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, kontakt: e-mail e.zubka@mopr.slupsk.pl.
2. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia dokumentacji związanej zawarciem i wykonaniem umowy oraz w celu ewentualnego zabezpieczenia lub dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami.
3. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit b) i f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w związku z przepisami Kodeksu cywilnego oraz dotyczącymi finansów publicznych (Dz.U.UE.L z 2019 poz.730).
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich podanie jest warunkiem zawarcia i realizacji umowy.
5. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji umowy, obowiązku archiwizowania dokumentacji oraz do upływu okresu przedawnienia roszczeń wynikających z zawartej umowy.
6. Odbiorcami danych osobowych są osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności na podstawie przepisów o dostępie do informacji publicznej.
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO.
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, nie przysługuje prawo do usunięcia danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo sprzeciwu przez czas realizacji czynności określonych w ust. 3.

9. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Dane osobowe, które są przetwarzane przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(Data i podpis wolontariusza)

.....
Data i podpis opiekuna prawnego wolontariusza*

*Podpis w przypadku niepełnoletności wolontariusza

**Karta aktywności wolontariusza w ramach realizacji programu osłonowego
„Korpusu Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2022**

WOŁONTARIUSZ:

KOORDYNATOR: Magdalena Krauze

MIESIĄC/ROK: /2022

DATA	ZAKRES CZYNNOŚCI WOŁONTARIACKICH	GODZINY ŚWIADCZENIA USŁUG	LICZBA GODZIN ŚWIADCZONYCH USŁUG	PODPIS SENIORA

Suma godzin:

Podpis wolontariusza:

.....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Słupsku**

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU DO SENIORA I DOWOZU SENIORA
W ramach programu osłonowego „Korpusu Wsparcia Seniorów w mieście
Słupsku” na rok 2022**

Zwracam się z wnioskiem o dokonanie zwrotu poniesionych kosztów dojazdu za okres:

oddo.....

Sposób przejazdu: komunikacja miejska/prywatny samochód osobowy/przejazd seniora
taksówką/transportem sanitarnym

**Wypełnić w przypadku przejazdów komunikacją publiczną i dołączyć bilety jednorazowego
przejazdu*

Cena 1 biletu*:

Poniesiono wydatek na bilety łącznie:

Słownie:

***Wypełnić w przypadku przejazdów prywatnym samochodem osobowym*

Pojemność silnika samochodu wykorzystanego do przejazdu: ☐ do 900 cm³ ☐ powyżej 900 cm³

Kwota zgodna ze stawką za przejechany 1 km: ☐ 0,5 zł ☐ 0,8 zł

Liczba faktycznie przejechanych kilometrów**:.....

Kwota łącznie:.....

Słownie:

***Wypełnić w przypadku przewozu seniora taksówką lub transportem sanitarnym*

Ilość przejazdów**:

Kwota łącznie:

Kwota słownie:

Kwota do wypłaty łącznie:

Proszę o przekazanie w/w kwoty przelewem na rachunek bankowy

.....
(imię, nazwisko i adres posiadacza rachunku bankowego)

Nr.....

(nr rachunku bankowego)

Do wniosku dołączam:

1. ☐ Bilety jednorazowe (w ilości);
2. ☐ Rachunki za przejazd taksówką
3. ☐ Załącznik nr 4 - Ewidencja kosztów związanych z dojazdem do seniora/dowozem seniora

**niepotrzebne skreślić*

.....
Podpis koordynatora

.....
Podpis wolontariusza

ZATWIERDZENIE DO WYPŁATY

Zatwierdzam do wypłaty kwotę (słownie)..... tytułem zwrotu kosztów dojazdu do seniora i dowozu seniora w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów w mieście Słupsku” na rok 2022

.....
Podpis pracownika merytorycznego

.....
Podpis dyrektora MOPR

SPRAWOZDANIE DLA PRACOWNIKA MOPR REALIZUJĄCEGO BEZPOŚREDNIE WSPARCIE NA RZECZ SENIORA W RAMACH „KORPUSU WSPARCIA SENIORÓW W MIEŚCIE SŁUPSKU” NA ROK 2022 – Moduł I

1. Imię i nazwisko pracownika:
2. Imię i nazwisko seniora – uczestnika programu:
3. Adres zamieszkania seniora – uczestnika programu:
4. Wykaz działań pracownika:

DATA	ZAKRES CZYNNOŚCI WOLONTARIACKICH	GODZINY ŚWIADCZENIA USŁUG	LICZBA GODZIN ŚWIADCZONYCH USŁUG	PODPIS SENIORA

5. Oświadczam, że powyższe zadania realizowałem/am w dniach w ramach swojego czasu pracy.

.....
(data i podpis pracownika)

Opinia koordynatora programu „Korpus Wsparcie Seniorów w mieście Słupsku na rok 2022”:

1. Potwierdzam, że dla Pana/i nie udało się zrekrutować wolontariusza, gotowego realizować zadania zgodnie z oczekiwaniami uczestnika programu.
2. Ze sprawozdania przedłożonego przez pracownika, w okresie od do usługa bezpośredniego wsparcia na rzecz uczestnika programu świadczona była przez dni.

.....

(data i podpis koordynatora)



KARTA INFORMACYJNA UŻYTKOWNIKA OPASKI

Dane osobowe Użytkownika

Użytkownik

Imię	Nazwisko
nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość	Telefon kontaktowy
Adres	Numer seryjny opaski

Dane osoby do kontaktu

Imię*	Klucz ☐ Tak ☐ Nie	Imię	Klucz ☐ Tak ☐ Nie
Nazwisko*		Nazwisko	
Nr telefonu #1*	Nr telefonu #2*	Nr telefonu #1	Nr telefonu #2
Stopień pokrewieństwa*	Inne	Stopień pokrewieństwa	Inne

Osoba, która pomaga na co dzień Użytkownikowi - sąsiad/ pielęgniarz (Opcjonalnie)

Wywiad środowiskowy

1. Czy mieszka Pan/Pani sam/a?	☐ Tak ☐ Nie
2. Czy mieszka Pan/Pani w:	☐ Dom ☐ Mieszkanie
3. Czy budynek posiada windę?	☐ Tak ☐ Nie
4. Czy aby dostać się do mieszkania, trzeba pokonać schody?	☐ Tak ☐ Nie
5. Czy jest Pan/Pani zadowolony ze stanu technicznego swojego mieszkania?	☐ Tak ☐ Nie
6. Czy do mieszkania można wjechać i poruszać się na wózku inwalidzkim?	☐ Tak ☐ Nie
7. W łazience jest piecyk gazowy:	☐ Tak ☐ Nie
8. Czy łazienka przystosowana jest dla osoby o niepełnej sprawności?*	☐ Tak ☐ Nie
9. Czy kuchnia przystosowana jest dla osoby o niepełnej sprawności?*	☐ Tak ☐ Nie
10. Czy w mieszkaniu może Pan/Pani liczyć na pomoc sąsiadów?*	☐ Tak ☐ Nie
11. Czy w okolicy jest dostęp do sklepów, komunikacji miejskiej, lekarza?*	☐ Tak ☐ Nie
12. Czy w mieszkaniu/domu znajduje się pudełko/koperta życia?	☐ Tak ☐ Nie

(Proszę o wskazanie miejsca)

Sprawność fizyczna

☐ sprawny fizycznie
☐ kule/laska
☐ balkonik
☐ wózek inwalidzki
☐ osoba leżąca

Ocena stopnia samodzielności

Tak	Nie	
☐	☐	Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy codziennych czynnościach (myje się, ubiera, je)?
☐	☐	Czy robi Pan/Pani samodzielnie zakupy, chodzi do lekarza?
☐	☐	Czy spotyka się Pan/Pani ze znajomymi?
☐	☐	Czy występują u Pana/Pani trudności w mówieniu, pisanii?
☐	☐	Czy ma Pan/Pani problemy z pamięcią? Czy jest Pan/Pani w stanie wrócić do domu samodzielnie?
☐	☐	Czy dobrze Pan/pani słyszy?
☐	☐	Czy używa aparatu słuchowego?
☐	☐	Czy ma Pan/Pani problemy ze wzrokiem?

Aktywność fizyczna

☐ Mała - nie wychodzi z domu
☐ Średnia - wychodzi tylko w przypadku konieczności
☐ Duża - aktywny, lubi ruch



COMARCH
e-Care



Opcjonalnie: Istotne informacje o stylu życia Użytkownika

Wywiad medyczny

Ogólne samopoczucie Użytkownika

☐ Dobre ☐ Średnie ☐ Złe

Jaki jest obecny stan zdrowia Użytkownika?

☐ Jest zdrowy

Choruje/ Zdiagnozowano u niego:

☐ Choroba wieńcowa, przebyty zawał

☐ Nadciśnienie tętnicze

☐ Zaburzenia pracy serca

☐ Rozrusznik

☐ Niewydolność serca

☐ Stan po udarze mózgu

☐ Niedowłady

☐ Chorobę Parkinsona

☐ Padaczka

☐ Omdlenia/upadki

☐ Operacje biodra

☐ Operacje w obrębie czaszki

☐ Depresja

☐ Cukrzyca

☐ Problemy z przewodem pokarmowym

☐ Choroba nowotworowa

☐ Kłopoty z oddychaniem

☐ Astma oskrzelowa

☐ POCHP

Czy użytkownik przebył COVID-19?

☐ Tak

☐ Nie

Czy użytkownik został zaszczepiony przeciw COVID-19?

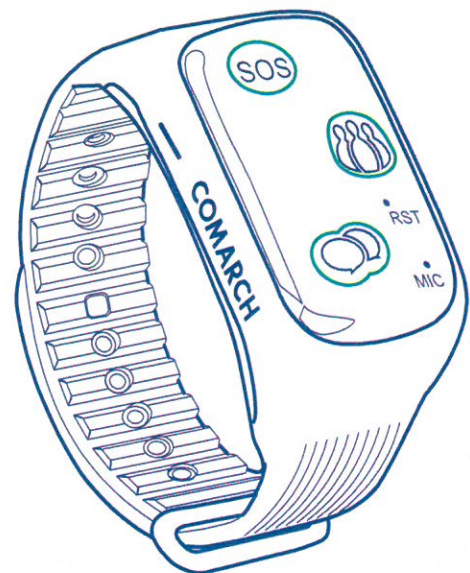
☐ Tak

☐ Nie

Obecnie przyjmowane leki przez Użytkownika (nazwa oraz miejsce przechowywania)

Uczulenia, nietolerancje Użytkownika

Opcjonalnie: Inne istotne informacje o stanie zdrowia Użytkownika



Podpis Użytkownika