

.....
Pieczętka DPŚ

Załącznik Nr 1 do
PROCEDURY REALIZACJI PROGRAMU
„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”
NA ROK 2023 przez pracowników Miejskiego
Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy

Nr sprawy:

KARTA INFORMACYJNA REALIZACJI USŁUGI W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROKU 2023		
NUMER ZGŁOSZENIA:		FORMA ZGŁOSZENIA <input type="checkbox"/> Infolinia „Korpus Wsparcia Seniorów” <input type="checkbox"/> bezpośrednio MOPS
DATA ZGŁOSZENIA		
PRACOWNIK ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ USŁUGI		
Dział Pomocy Środowiskowej		
Nr tel. kontaktowego pracownika		
1.	Imię i nazwisko Seniora	
2.	Adres zamieszkania Seniora	
3.	Data urodzenia/wiek	
4.	Numer telefonu do Seniora	
5.	Sytuacja rodzinna	<input type="checkbox"/> Osoba samotna
		<input type="checkbox"/> Osoba zamieszkująca z innymi osobami
6.	Rodzaj oczekiwanego wsparcia (właściwe zaznaczyć X) <input type="checkbox"/> zakupy (spożywcze i higieniczne, leki) <input type="checkbox"/> spacer, wspólne spędzanie czasu (spacery, rozmowy itp.) <input type="checkbox"/> pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia <input type="checkbox"/> pomoc w umawianiu wizyt lekarskich <input type="checkbox"/> sprawy urzędowe <input type="checkbox"/> dostarczanie posiłków/pomoc w przygotowywaniu posiłków <input type="checkbox"/> inne, jakie?	Zasadność udzielenia wsparcia lub powody nieudzielenia pomocy
7.	Usługa (właściwe zaznaczyć X lub pominąć)	<input type="checkbox"/> jednorazowa, w dniu <input type="checkbox"/> realizowana wielokrotnie (należy wskazać w jakiej częstotliwości np. raz w tygodniu, dwa razy w tygodniu
8.	Data przekazania do realizacji przez wolontariusza	

Bydgoszcz, dnia

.....
podpis i pieczętka pracownika

MIEJSCE NA NOTATKI I UWAGI PRACOWNIKA

Bydgoszcz, dnia

.....
podpis i pieczęć pracownika