

KARTA ZGŁOSZENIA

do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2026

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) Data urodzenia:

.....

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 ;

Jeśli tak, podaj rodzaj niepełnosprawności i stopień

4. Czy ma Pan(i) problem z samodzielnym funkcjonowaniem? Tak / Nie ;

Z jakimi czynnościami?

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

Jeśli nie, podaj łączną liczbą osób wspólnie zamieszkujących, włącznie z uczestnikiem:.....

6. Czy aktualnie korzysta Pan(i) z innych form wsparcia (np. usługi opiekuńcze, usługi asystencja, usługi opieki wytchnieniowej dziennej, opiekunka prywatna, uczestnictwo w ŚDS, DDP, WTZ itp., niezależnie od źródła finansowania formy wsparcia)? Tak / Nie ;

Jeśli tak, to z jakich?.....

7. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług sąsiedzkich w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” w 2025 roku? Tak / Nie ;

8. 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 ;

9. Wskazuję OSOBĘ DO REALIZACJI USŁUG SĄSIEDZKICH:

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy :

.....

Jednocześnie oświadczam, że **osoba wskazana** przeze mnie do świadczenia usług:

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.

.....

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2026 – MODUŁ I realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy i akceptuję jego zapisy.

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata lub opiekuna