

„Korpus Wsparcia dla Seniorów” na rok 2023

z ustaleniem szczegółowego zakresu usługi wsparcia i kwalifikacją do programu

Nazwisko i imię Seniora

Adres zamieszkania Seniora

Wiek Seniora

Data zgłoszenia

tel. kontaktowy do Seniora.....

przyczyny braku pomocy ze strony bliskich. Obowiązki rodziny itp.):

[illegible]

Wobec powyższych informacji kwalifikuję/nie kwalifikuję* Panią/Pana do usługi wsparcia w ramach programu „Korpus Wsparcia dla Seniorów” na rok 2023.

Zakres usługi wsparcia:

I. Wsparcie społeczne:

1. Uruchomienie wolontariatu w zakresie wspólnego spędzania czasu z seniorami, w szczególności samotnie zamieszkującymi (np. spacer, rozmowy, wspólne sporządzanie posiłków, zakupy, itp.)*
2. Informowanie o dostępie do ogólnopolskich „telefonów zaufania” dla seniorów.*

II. Wsparcie w czynnościach dnia codziennego:

1. Pomoc w sprawach związanych z utrzymaniem porządku w domu.*
2. Pomoc w dostarczaniu produktów żywnościowych, np. z Federacji Polskich Banków Żywności.*
3. Zakup i dostarczenie seniorom zakupów obejmujących artykuły podstawowej potrzeby, w tym artykuły spożywcze oraz higieny osobistej (koszty zakupionych produktów pokrywa senior).*
4. Zakup oraz dostarczenie seniorom ciepłych posiłków (koszty zakupu posiłku pokrywa senior).*
5. Wsparcie seniorów objętych usługami w ramach Modułu I programu w formie okolicznościowych (świętecznych) paczek z artykułami żywnościowymi i higienicznymi.*
6. Wsparcie/pomoc w umawianiu wizyt lekarskich w miejscu zamieszkania seniora, dowieszenie lub pomoc w organizacji transportu seniora na wizytę lekarską, w tym również asystowanie podczas wizyty.*
7. Pomoc/towarzyszenie w zakresie realizacji recept.*
8. Pomoc w załatwianiu prostych spraw urzędowych, w zależności od możliwości osoby udzielającej wsparcia i w razie konieczności – gdy obecność seniora jest niezbędna do załatwienia sprawy – pomoc w dowozie seniora do urzędu.*
9. Objęcie wsparciem z zakresu pomocy społecznej.*

*odpowiednie podkreślić

Zatwierdzam do realizacji

.....
data i podpis pracownika socjalnego

.....
data i podpis dyrektora/osoby upoważnionej

.....
podpis Seniora

POTWIERDZENIE ODBIORU ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA DOKONANIE ZAKUPÓW

Potwierdzam odbiór środków finansowych na dokonanie zakupów w kwocie:

.....zł,

słownie złotych:

.....

Miejscowość i data:

.....
podpis wolontariusza/pracownika MGOPS

.....
podpis Seniora

ROZLICZENIE ZAKUPÓW

Przekazuję zakupiony towar oraz paragon fiskalny.

Otrzymana kwota: zł

Kwota zrealizowana z paragonu: zł

Resztę w kwocie: zł,

słownie złotych:

.....

przekazuję Seniorowi.

Miejscowość i data:

.....
podpis wolontariusza/pracownika MGOPS

.....
podpis Seniora