Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji
Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów”

 - edycja 2022

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WOLONTARIUSZA
 DO
PROGRAMU OSŁONOWEGO „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”
 – EDYCJA 2022**

1.\* Imię i Nazwisko……………………………………………………………………………

2. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………..

3. Telefon kontaktowy…………………………………………………………………………..

4. Adres mailowy………………………………………………………………………………..

5. Data urodzenia/ Wiek ………………………………………………………………….……..

6. Proszę określić Pana/Pani status:

□ uczeń
□ student
□ pracujący
□ emeryt
□ rencista
□ bezrobotny

7. Proszę określić obszar wolontariatu:

□ **WSPARCIE SPOŁECZNE** - wolontariat polegający na wspólnym spędzaniu czasu
z osobami starszymi np.: spacery, rozmowy, zakupy, wspólne sporządzanie posiłków),
□ **UŁATWIENIE DOSTĘPNOŚCI DO PODSTAWOWEJ ORAZ SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ** - polegający na pomocy w umawianiu wizyt lekarskich w miejscu zamieszkania lub pomoc w dowiezieniu/asystowaniu seniorowi na wizytę lekarską, szczepienia, pomoc w załatwieniu prostych spraw urzędowych
 □**WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE** - informowanie o dostępie do ogólnodostępnych telefonów zaufania, pomoc w umówieniu wizyt,
 □**WSPARCIE W CZYNNOŚCIACH DNIA CODZIENNEGO** wolontariat polegający na pomocy/towarzyszeniu w spacerze, wyprowadzeniu psa, dostarczeniu zakupów obejmujących artykuły podstawowej potrzeby (koszt zakupionych produktów pokrywa senior) zakup oraz dostarczenie ciepłych posiłków (koszt zakupu posiłku pokrywa senior), pomoc w korzystaniu z nowych technologii.

8. Czy ma Pan/Pani doświadczenie jako wolontariusz?

□ nie

□ tak
- jak długo?...................................................................................................................................
- w jakim charakterze?.................................................................................................................
- gdzie?.........................................................................................................................................

9. Czy jest Pan/ Pani mobilny/a (prawo jazdy i samochód)?

□ tak

□ nie

Jeśli tak, to czy przewiduje Pan/Pani możliwość korzystania z auta w celu przewozu seniora?

□ tak

□ nie

10. Proszę określić czas, który może Pan/ Pani przeznaczyć na wolontariat (dni tygodnia, godziny)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dni tygodnia | Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek | Sobota | Niedziela | Dowolny dzień |
| Przewidywane godziny dostępności wolontariusza |  |  |  |  |  |  |  |  |

 \*\* ………………….…………………………..
 (data i podpis)

\* W przypadku osoby niepełnoletniej należy wpisać także dane opiekuna prawnego.
\*\* W przypadku osoby niepełnoletniej podpis opiekuna prawnego.