



**ROZEZNANIE POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI  
PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” MODUŁ I - EDYCJA 2023**

<b>Dane Kandydata / Kandydatki Programu</b>
<b>Imię i Nazwisko:</b>
<b>Nr PESEL:</b>
<b>Wiek:</b>
<b>Adres zamieszkania:</b>

Czy Osoba ma problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia?

- TAK  NIE

Czy Kandydat/Kandydatka prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe (zamieszkuje sam)?

- TAK  NIE

Czy mieszkające z nim osoby bliskie, nie są w stanie zapewnić mu wystarczającego wsparcia?

- TAK  NIE

W celu dostosowania usługi wsparcia do potrzeb Kandydata/Kandydatki Programu, przeprowadzono rozeznanie potrzeb i ustalono ich zakres:

**Wsparcie społeczne (wspólne spędzanie czasu) - ilość godzin miesięcznie: ....**

- rozmowy  wspólne sporządzanie posiłków  
 spacery  wspólne zakupy

**Wsparcie w czynnościach dnia codziennego - ilość godzin miesięcznie: ....**

- pomoc w utrzymaniu porządku w domu
- pomoc w dostarczeniu produktów żywnościowych
- zakup i dostarczanie zakupów obejmujących artykuły podstawowej potrzeby, tj. artykuły spożywcze oraz środki higieny osobistej
- zakup oraz dostarczanie ciepłych posiłków
- pomoc w umawianiu wizyt lekarskich w miejscu zamieszkania
- pomoc/towarzyszenie w zakresie realizacji recept
- pomoc w załatwieniu prostych spraw urzędowych
- dowieszenie lub pomoc w organizacji transportu na wizytę lekarską / do urzędu / na zakupy
- w tym również asystowanie podczas wizyty

Czy Kandydat/Kandydatka może wskazać osobę, która mogłaby świadczyć usługi wsparcia wskazane w powyższym zakresie?

TAK

NIE

Jeżeli jest potencjalny kandydat do świadczenie usług wolontariackich należy podać dane:

<b>Dane wolontariusza</b>	
<b>Imię i Nazwisko:</b>	
<b>Wiek:</b>	
<b>Adres zamieszkania:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>E-mail:</b>	

Jeżeli jest potencjalny kandydat do świadczenie usług wolontariackich należy podać dane:

<b>Dane wolontariusza</b>	
<b>Imię i Nazwisko:</b>	
<b>Wiek:</b>	
<b>Adres zamieszkania:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>E-mail:</b>	

Miejscowość , dn. ....

.....  
Podpis pracownika  
rozeznającego potrzeby seniora

**DECYZJA O NIE / ZAKWALIFIKOWANIU KANDYDATA / KANDYDATKI DO UDZIAŁU  
W PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” EDYCJA 2023 MODUŁ I**

.....  
Podpis Dyrektora CUS