



Centrum Usług Społecznych
Gminy Głowczyce

KARTA ZGŁOSZENIA

do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów- edycja 2026”

MODUŁ I – Zapewnienie usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich seniorom w wieku 60 lat

i więcej

1. Dane uczestnika Programu:

1) Imię (imiona) i nazwisko.....

2) Adres:

3) Telefon kontaktowy:

4) Data urodzenia:.....

5) Numer PESEL.....

2. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny/kurator/pełnomocnik?

Tak / Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko:

.....

W przypadku reprezentowania uczestnika programu przez opiekuna prawnego, kuratora lub pełnomocnika, do niniejszej karty zgłoszenia należy dołączyć oryginał lub notarialnie poświadczony odpis aktu notarialnego (pełnomocnictwo notarialne) bądź prawomocne postanowienie sądu o ustanowieniu opieki/kurateli. Niedopełnienie tego wymogu uniemożliwi rozpatrzenie wniosku.

CZEŚĆ B: SYTUACJA ŻYCIOWA I ZDROWOTNA (Zaznaczyć właściwe znakiem X)

1. Jestem osobą samotnie gospodarującą (prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mieszkam sam/a):

Tak / Nie

2. Główne problemy zdrowotne (można zaznaczyć kilka):

Problemy z poruszaniem się / ryzyko upadków

Choroby układu krążenia / serca

Problemy z pamięcią / orientacją

Inne przewlekłe schorzenia:

3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności -Tak / Nie

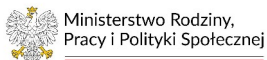
(w przypadku zaznaczenia TAK – należy dołączyć kserokopię orzeczenia do wniosku)

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

Jeśli tak, to w jakim zakresie:

.....

.....



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Centrum Usług Społecznych
Gminy Głowczyce

5. Proszę zaznaczyć usługi sąsiedzkie jakimi jest Pan(i) zainteresowany(a);

1) Wsparcie w czynnościach samoobsługowych i podstawowej higienie:

- Pomoc przy porannej i wieczornej toalecie (mycie zębów/protezy, mycie rąk i twarzy) Tak / Nie
- Pomoc podczas kąpieli pod prysznicem lub w wannie (asekuracja, mycie pleców) Tak / Nie
- Mycie głowy oraz czesanie włosów Tak / Nie
- Golenie Tak / Nie
- Pomoc przy bezpiecznym korzystaniu z toalety / wymianie pieluchomajtek Tak / Nie
- Pomoc przy ubieraniu się i rozbieraniu Tak / Nie
- Pomoc przy wstawaniu z łóżka, siadaniu i poruszaniu się po mieszkaniu Tak / Nie
- Przygotowywanie posiłków i napojów (podgrzanie obiadu, robienie kanapek) Tak / Nie
- Pomoc lub asysta przy spożywaniu posiłków i napojów Tak / Nie
- Słanie łóżka, wietrzenie pokoju oraz bieżąca zmiana pościeli Tak / Nie
- Utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. balkonik, kule, wózek) Tak / Nie

2) Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego:

- Utrzymanie czystości w pomieszczeniach użytkowanych przez seniora (zamiatanie, ścieranie kurzów) Tak / Nie
- Zmywanie naczyń po posiłkach oraz dbanie o czystość w kuchni Tak / Nie
- Wynoszenie śmieci i segregacja odpadów Tak / Nie
- Zakup artykułów spożywczych i niezbędnych artykułów przemysłowych w sklepie najbliższym miejsca zamieszkania oraz pomoc przy sporządzaniu listy zakupów Tak / Nie
- Wykupowanie leków w aptece na podstawie dostarczonych recept Tak / Nie
- Pranie (wyłącznie w przypadku posiadania pralki automatycznej), rozwieszanie prania i składanie odzieży Tak / Nie
- Pomoc w realizacji bieżących opłat/rachunków do najbliższej placówki (np. poczta) Tak / Nie
- Pomoc w ogrzewaniu mieszkania poprzez palenie w piecu, przynoszenie opału maksymalnie 5 kg jednorazowo) Tak / Nie
- Mycie okien w mieszkaniu (2 razy w roku) Tak / Nie



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Centrum Usług Społecznych
Gminy Głowczyce

3) Zapewnienie kontaktu z otoczeniem (wyłącznie w zasięgu pieszym):

- Towarzystwo podczas spacerów pieszych w najbliższej okolicy miejsca zamieszkania Tak / Nie
- Piesza asysta i pomoc w dotarciu do sklepów, apteki lub kościoła na terenie własnej wsi Tak / Nie
- Rozmowa, wspólne czytanie, wsparcie emocjonalne i aktywizacja czasu wolnego Tak / Nie
- Pomoc w podtrzymywaniu kontaktu z sąsiadami i społecznością lokalną na terenie wsi Tak / Nie
- Pomoc w obsłudze telefonu komórkowego i urządzeń służących komunikacji Tak / Nie
- Inne:

7. Wskazuję OSOBE DO REALIZACJI USŁUG SĄSIEDZKICH:

Imię i nazwisko.....

Adres:

Telefon kontaktowy:

Jednocześnie oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie:

- 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.

7. Czy korzysta Pan(i) obecnie z innych form wsparcia lub pomocy w codziennym funkcjonowaniu?

Tak / Nie

Jeśli Tak, to z jakich? (zaznaczyć właściwe):

- usługi opiekuńcze
- usługi asystencji osobistej
- opieka wytchnieniowa
- wsparcie członków rodziny
- prywatna opieka
- inne (jakie?):



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Centrum Usług Społecznych
Gminy Głowczyce

POUCZENIA, OŚWIADCZENIA I PODPIS

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 383). Oświadczam, że wszystkie dane podane w karcie zgłoszenia są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Przyjmuję do wiadomości, że przyznanie wsparcia w formie usług sąsiedzkich w ramach Modułu I **jest odpłatne**. Wysokość odpłatności zostanie ustalona decyzją administracyjną na podstawie dochodu zweryfikowanego przez pracownika socjalnego podczas **obowiązkowego rodzinnego wywiadu środowiskowego**, który zostanie przeprowadzony w moim miejscu zamieszkania.
3. Potwierdzam, że wnioskowane usługi sąsiedzkie będą stanowiły pomoc w codziennym funkcjonowaniu, której moja rodzina nie jest w stanie mi zapewnić z powodu pracy lub odległości, bądź w przypadku braku rodziny- będą stanowiły jedyne, niezbędne wsparcie w moim gospodarstwie domowym
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji do Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2026 i akceptuję jego zasady. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CUS Gminy Głowczyce na potrzeby realizacji programu Korpus Wsparcia Seniora 2026 zgodnie z RODO.

Wykaz wymaganych załączników (zaznaczyć X):

- Do niniejszej Karty zgłoszenia należy obligatoryjnie dołączyć zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub lekarza specjalistę, zawierające jednoznaczna informację, że osoba zgłaszana ze względu na wiek lub stan zdrowia wymaga pomocy osób innych.**
- Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenia równoważnego (*jeśli dotyczy*).
- Załącznik nr 1:** Oświadczenie o braku możliwości zapewnienia pomocy przez rodzinę i bliskich (*dokument obligatoryjny*).
- Aktualne zaświadczenie sądu o ustanowieniu opieki prawnej/kurateli** lub prawomocne postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/kuratora (*wymagane wyłącznie, gdy senior jest ubezwłasnowolniony, a wniosek składa opiekun prawny lub kurator*).

.....
miejsowość, data

.....
podpis Seniora lub Opiekuna Prawnego