

SZCZEGÓŁOWY ZAKRES WSPARCIA SENIORA
w ramach Programu „**KORPUS WSPARCIA SENIORA**”
NA ROK 2022

W oparciu o przeprowadzoną diagnozę potrzeb ustala się dla Pana/Pani:

.....

następujący zakres wsparcia:

Wsparcie społeczne/ w czynnościach dnia codziennego	TAK	NIE
organizowanie spacerów		
wspólne sporządzanie posiłków		
wspólne zakupy		
dostarczanie zakupów przez wolontariusza (artykuły podstawowej potrzeby: art. spożywcze, środki higieny osobistej, itp.)		
zakup i dostarczanie ciepłych posiłków		
towarzyszenie w wyprowadzaniu psa		
wyprowadzanie psa przez wolontariusza		
pomoc w dostarczaniu produktów żywnościowych		
pomoc w zakresie załatwiania spraw urzędowych, pomoc w dokonywaniu zakupu leków		
wspólne spędzanie czasu		
pomoc w sprawach związanych z utrzymaniem porządku w domu, w tym zapewnienie pomocy w miarę możliwości i zakresu wiedzy wolontariusza		
inne (jakie?)		

Ułatwienie dostępności do podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej	TAK	NIE
wsparcie/pomoc w umawianiu wizyt lekarskich w miejscu zamieszkania		
pomoc w dowiezieniu na wizytę lekarską		
asystowanie podczas wizyty lekarskiej		
pomoc w zorganizowaniu dojazdu na szczepienie		
inne (jakie?)		
Wsparcie psychologiczne	TAK	NIE
inne (jakie?)		

Planowany wymiar wsparcia:

Jednorazowa pomoc.....

Tygodniowo (określić ilość dni w tygodniu)

Ilość godzin w tygodniu

Chorzów, dnia

.....

(podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego)

Chorzów, dnia

.....

(podpis pracownika socjalnego)