**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ**
**W CHODZIEŻY**

# ANKIETA ROZEZNANIA POTRZEB MIESZKAŃCÓW W RAMACH PROGRAMU BONU SENIORALNEGO

*(Formularz szacowania zapotrzebowania gminy na środki z budżetu państwa)*

**Szanowni Mieszkańcy!**

Gmina Miejska w Chodzieży przygotowuje się do przystąpienia do rządowego Programu Bonu Senioralnego. Program zapewnia bezpłatne usługi wsparcia w miejscu zamieszkania dla seniorów w wieku 65 lat i więcej. Niniejsza ankieta ma charakter wyłącznie diagnozy potrzeb i posłuży do oszacowania kwoty dotacji celowej, o którą wystąpimy do Wojewody. Wypełnienie ankiety nie jest oficjalnym wnioskiem o przyznanie usługi.

## I. DANE SENIORA (OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA)

| | |
|---|---|
| **1. Imię i nazwisko seniora:** | |
| **2. Wiek seniora:** | [ ] 65–74 lata [ ] 75–79 lat [ ] 80 lat i więcej |
| **3. Adres zamieszkania na terenie miasta:** | |
| **4. Telefon kontaktowy/e-mail:** | |
| **5. Osoba wypełniająca ankietę:** | [ ] Senior osobiście<br>[ ] Członek rodziny / opiekun (imię i nazwisko):<br>.....<br>[ ] Inna osoba (jaka?):<br>..... |

## II. WERYFIKACJA KRYTERIÓW PROGRAMU

*Proszę potwierdzić spełnianie warunków wstępnych Programu Bonu Senioralnego (zaznacz TAK lub NIE):*

| Warunek ustawowy Programu | TAK | NIE |
|---|---|---|
| 1. Czy senior ukończył 65. rok życia oraz zamieszkuje na terenie miasta Chodzieży? | [ ] | [ ] |
| 2. Czy średni miesięczny dochód seniora w ostatnich 3 miesiącach PRZEKRACZAŁ kwotę 3410 zł? | [ ] | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| 3. Czy senior przebywa w domu pomocy społecznej, w tym prywatnym? | [ ] | [ ] |
| 4. Czy senior przebywa w Zakładzie opiekuńczo-leczniczym? | [ ] | [ ] |
| 5. Czy senior przebywa w Zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym? | [ ] | [ ] |
| 6. Czy senior korzysta ze stałej instytucjonalnej opieki dziennej? | [ ] | [ ] |
| 7. Czy na rzecz seniora JEST pobierane świadczenie pielęgnacyjne? | [ ] | [ ] |
| 8. Czy na rzecz seniora JEST pobierany zasiłek dla opiekuna? | [ ] | [ ] |
| 9. Czy na rzecz seniora JEST pobierane świadczenie wspierające? | [ ] | [ ] |
| 10. Czy senior KORZYSTA z usług opiekuńczych lub asystencji osobistej dofinansowywanych w ramach programów rządowych /resortowych? (wyjątek: wsparcie doraźne do 14 dni) | [ ] | [ ] |
| 11. Czy senior KORZYSTA ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia tj. środowiskowy dom samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, dzienny dom pomocy, schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi? | [ ] | [ ] |

## III. ROZEZNANIE POTRZEB I ZAKRESU WSPARCIA

*Proszę zaznaczyć [ X ] obszary, w których senior potrzebuje pomocy opiekuna w miejscu zamieszkania:*

| | |
|---|---|
| **Pomoc w codziennych czynnościach** | [ ] Przygotowywanie/dostarczanie posiłków<br>[ ] Zakupy artykułów pierwszej potrzeby<br>[ ] Utrzymanie czystości w pomieszczeniach seniora<br>[ ] Palenie w piecu / przynoszenie opału<br>[ ] Pranie i prasowanie odzieży |
| **Opieka higieniczno-pielęgnacyjna** | [ ] Pomoc przy ubieraniu i rozbieraniu się<br>[ ] Pomoc w higienie osobistej / kąpieli<br>[ ] Pielęgnacja skóry, pomoc w słaniu łóżka<br>[ ] Dbanie o higienę otoczenia seniora |
| **Wsparcie w sprawach zdrowotnych** | [ ] Umawianie wizyt lekarskich i badań<br>[ ] Zamawianie i realizacja recept na leki<br>[ ] Przypominanie o zażywaniu leków<br>[ ] Pomoc w dotarciu do przychodni / apteki |
| **Aktywizacja i kontakt z otoczeniem** | [ ] Towarzyszenie podczas spacerów i wyjść<br>[ ] Rozmowa, spędzanie czasu, aktywizacja umysłowa<br>[ ] Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych |

| | |
|---|---|
| | [ ] Wsparcie w utrzymywaniu kontaktów z rodziną |
| **Inne potrzeby / uwagi ogólne** | Proszę wpisać inne szczegółowe oczekiwania:<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |

## IV. SZACOWANY WYMIAR CZASOWY WSPARCIA

| | |
|---|---|
| **1. Oczekiwana liczba godzin wsparcia w tygodniu:** | [ ] Do 5 godzin tygodniowo<br>[ ] Od 6 do 10 godzin tygodniowo<br>[ ] Powyżej 10 godzin tygodniowo (ile? ..... godz.) |
| **2. Preferowane pory świadczenia wsparcia:** | [ ] Godziny poranne (8:00 – 12:00)<br>[ ] Godziny popołudniowe (12:00 – 16:00)<br>[ ] Dni powszednie (poniedziałek – piątek) |

## V. OŚWIADCZENIE (RODO)

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu ankietowym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Chodzieży w celu oszacowania zapotrzebowania gminy na środki Programu Bonu Senioralnego. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do uwzględnienia moich potrzeb przy wnioskowaniu o dotację.***

Miejscowość, data: Czytelny podpis Seniora / Opiekuna:

..... .....

## MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA ANKIETY

Wypełnioną ankietę prosimy dostarczyć **do 25.11.2026r**.:

osobiście w **Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Chodzieży** lub pocztą na adres: **ul. Władysława Reymonta 12, 64-800 Chodzież.**

Więcej informacji pod numerem telefonu: **67 2825 454**