ANKIETA ZAINTERESOWANIA USŁUGAMI WSPARCIA W RAMACH PROGRAMU BONU SENIORALNEGO NA ROK 2027

UWAGA!

Ankieta ma charakter wstępny i służy do przeprowadzenia diagnozy potrzeb w zakresie wsparcia osób, które ukończyły 65 rok życia (seniorów) w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życia codziennego

Wypełnienie ankiety nie stanowi formalnego wniosku o zawarcie umowy o realizacji bonu senioralnego

DANE OSOBOWE SENIORA

Imię i nazwisko seniora	
Numer PESEL*	
Adres miejsca zamieszkania, w którym mają być realizowane usługi	21-500 Biała Podlaska ul. ……..
Numer telefonu do seniora	
Numer telefonu do opiekuna nieformalnego/ osoby bliskiej/pełnomocnika/ opiekuna prawnego	
Obywatelstwo	

*W przypadku braku numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

INFORMACJE NIEZBĘDNE DO USTALENIA SPEŁNIENIA PRZEZ SENIORA WARUNKÓW DO PRZYZNANIA BONU SENIORALNEGO*

Osoba wymagająca wsparcia ukończyła 65 rok życia	TAK ☐	NIE ☐
Średni miesięczny dochód seniora z ostatnich 3 miesięcy NIE PRZEKRACZA kwoty 3 410 zł	TAK ☐	NIE ☐
Senior będzie zamieszkiwał na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres korzystania z bonu senioralnego	TAK ☐	NIE ☐
Na seniora jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna	TAK ☐	NIE ☐
Senior korzysta ze świadczenia wspierającego	TAK ☐	NIE ☐
Senior korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia (środowiskowy dom samopomocy)	TAK ☐	NIE ☐
Senior korzysta z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowywanych z programów rządowych lub programów resortowych,	TAK ☐	NIE ☐
Senior korzysta z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej (DPS)	TAK ☐	NIE ☐
Senior korzysta z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL)lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO)	TAK ☐	NIE ☐
Senior korzysta z całodobowej opieki świadczonej osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku – placówka prowadzona w ramach działalności gospodarczej	TAK ☐	NIE ☐
Senior korzysta z całodobowej opieki świadczonej przez podmiot inny niż wskazany powyżej (podaj nazwę podmiotu …….)	TAK ☐	NIE ☐
Senior korzysta z instytucjonalnej opieki dziennej	TAK ☐	NIE ☐

*należy zaznaczyć odpowiedź zgodną na dzień wypełnienia ankiety

SENIOR WYMAGA WSPARCIA W ZAKRESIE ZASPOKOJENIA PODSTAWOWYCH POTRZEB ŻYCIA CODZIENNEGO (zaznacz właściwe):

1. **Pomoc w codziennych czynnościach:**

   1) Podstawowe czynności związane z samoobsługą, obejmujące:
      - □ ubieranie się/zmiana odzieży i bielizny osobistej
      - □ przygotowywanie prostych posiłków, w tym jednego gorącego, z uwzględnieniem zalecanej diety
      - □ spożywanie posiłku lub karmienie i pojenie
      - □ słanie łóżka i zmianę pościeli

   2) Czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego:
      - □ porządkowanie i sprzątnie w niezbędnym zakresie, w tym czyszczenie urządzeń codziennego użytku i urządzeń sanitarnych, wynoszenie śmieci, przynoszenie wody i opału, ogrzewanie pomieszczeń za pomocą dostępnego urządzenia grzewczego, w tym palenie w piecu i wybieranie popiołu, z uwzględnieniem preferencji osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, w zakresie temperatury
      - □ dokonywanie niezbędnych zakupów lub towarzyszenie podczas tych zakupów lub podczas korzystania z usług w sklepach, aptekach, punktach usługowych lub gastronomicznych położonych najbliżej miejsca zamieszkania osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, a także dostarczanie pomocy rzeczowej
      - □ utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie, takiego jak wózek, balkonik, podnośnik, kule
      - □ pranie odzieży i pościeli, niezbędne ich prasowanie, oddawanie do pralni i odbiór z pralni
      - □ towarzyszenie w załatwianiu spraw urzędowych i płaceniu rachunków

   3) Inne czynności samoobsługowe, obejmujące w szczególności:
      - □ zmianę pozycji ciała, w tym przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
      - □ korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych, innych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji
      - □ inne

        ……..

2. **Opieka higieniczno-pielęgnacyjna**
   - □ pomoc w toalecie porannej i wieczornej, w tym w goleniu maszynką do golenia, czesaniu, higienie jamy ustnej i uszu, przy czym w przypadku osób leżących toaleta jest wykonywana w łóżku
   - □ pomoc przy kąpieli, w tym myciu głowy
   - □ pomoc w pielęgnacji niezmienionych chorobowo paznokci rąk i nóg
   - □ pomoc w korzystaniu z toalety oraz naczyń sanitarnych
   - □ pomoc w zmianie pieluchomajtek i wkładów higienicznych z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń
   - □ inne czynności: .....

3. **Wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych**
   - □ pomoc w dotarciu do przychodni;
   - □ zamawianie recept;
   - □ umawianie wizyt lekarskich;
   - □ inne: .....

4. **Kontakty z otoczeniem**
   - □ pomoc w umożliwieniu przebywania na świeżym powietrzu, w tym towarzyszenie podczas spacerów
   - □ prowadzenie rozmów
   - □ pomoc w nawiązywaniu, utrzymywaniu i rozwijaniu kontaktu z rodziną i społecznością lokalną, w tym z wykorzystaniem dostępnych środków komunikacji
   - □ pomoc w czytaniu prasy, książek i ich wymianie w bibliotece
   - □ towarzyszenie podczas drogi do instytucji kultury i rekreacji oraz w trakcie pobytu w nich
   - □ inne:……

SZACOWANE WSPARCIE I OKRES REALIZACJI BONU SENIORALNEGO

1. Przewidywany okres realizacji bonu senioralnego:

□ rok 2027
□ inny okres……..

2. Szacowana liczba godzin wsparcia w skali tygodnia:

□ do 5 godzin tygodniowo
□ od 6 do 10 godzin tygodniowo
□ powyżej 10 godzin tygodniowo, podaj ilość ……

3. Preferowane pory dnia wsparcia:

□ rano
□ w godzinach przedpołudniowych
□ w godzinach popołudniowych
□ wieczorem
□ w różnych porach dnia

4. Częstotliwość potrzeby wsparcia:

□ codziennie
□ kilka razy w tygodniu, np. …….
□ kilka razy w miesiącu, np. …….
□ w zależności od aktualnej sytuacji

5. Czy senior ma opiekuna nieformalnego/osobę bliską, który może zapewnić potrzebne wsparcie

□ nie
□ tak, ale wsparcie jest niewystarczające – podaj przyczynę…….
□ tak, wsparcie jest wystarczające

6. Senior mieszka samodzielnie TAK □ NIE □

7. Osoby zamieszkujące wspólnie z seniorem (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa i sytuacja zawodowa/źródło utrzymania)
   1) …….
   2) ……..
   3) ……..
   4) ……..
   5) ……..

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY SAMODZIELNOŚCI SENIORA

W każdym z poniższych 6 obszarów należy wybrać i zaznaczyć znakiem „X" tylko jedną odpowiedź, która najlepiej opisuje faktyczny stan zdrowia i samodzielności seniora.

1. UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE

- □ senior samodzielnie wybiera garderobę, zakłada i zdejmuje ubrania oraz obuwie, zapina guziki i wiąże sznurowadła.
- □ senior wymaga pomocy przy trudniejszych czynnościach (np. zakładanie butów, zapinanie zamków), ale prostą odzież zakłada sam.
- □ senior w pełni zależny od pomocy drugiej osoby, nie jest w stanie samodzielnie się ubrać.

2. PRZYGOTOWYWANIE I SPOŻYWANIE POSIŁKÓW

- □ senior samodzielnie przygotowuje podstawowe posiłki, potrafi bezpiecznie korzystać z kuchenki i bez problemu je (gryzie, połyka, używa sztućców).
- □ senior samodzielnie spożywa posiłek podany przez kogoś innego, ale nie jest w stanie samodzielnie go ugotować ani przygotować składników.

□ senior wymaga pełnego karmienia przez drugą osobę lub przygotowania posiłków miksowanych/płynnych ze względu na dysfagię.

3. PORUSZANIE SIĘ I MOBILNOŚĆ

□ senior porusza się w pełni samodzielnie, bez użycia sprzętu pomocniczego, samodzielnie wychodzi z domu.
□ senior potrzebuje pomocy drugiej osoby lub sprzętu (laska, balkonik, wózek) przy pokonywaniu barier (np. schody), ale przemieszcza się po mieszkaniu.
□ senior jest osobą stale leżącą lub wymagającą pełnego przenoszenia/asekuracji przy jakiejkolwiek próbie zmiany pozycji.

4. UTRZYMANIE HIGIENY OSOBISTEJ I KORZYSTANIE Z TOALETY

□ senior samodzielnie wykonuje wszystkie czynności higieniczne (kąpiel, czesanie, mycie zębów) oraz samodzielnie korzysta z toalety.
□ senior wymaga częściowej pomocy (np. przy wchodzeniu do wanny, myciu pleców, przygotowaniu wody) lub potrzebuje sporadycznej asekuracji.
□ senior jest w pełni zależny od pomocy osób trzecich, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych lub wymaga pełnej obsługi przy czynnościach sanitarnych.

5. PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO I ZAKUPY

□ senior samodzielnie robi zakupy, dba o czystość w mieszkaniu (sprzątanie, zmywanie), samodzielnie zarządza domowym budżetem i opłatami.
□ senior wykonuje lekkie prace domowe (np. starcie kurzu), ale wymaga pomocy przy cięższych pracach, przynoszeniu zakupów czy załatwianiu spraw w urzędach.
□ senior całkowicie niezdolny do prowadzenia gospodarstwa domowego, nie opuszcza mieszkania w celu zrobienia zakupów.

6. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

□ senior w pełni zorientowany co do czasu, miejsca i osób. Samodzielnie i terminowo przyjmuje zalecone leki, kontroluje wizyty lekarskie.
□ senior miewa przejściowe problemy z pamięcią lub orientacją; wymaga przygotowania dawek leków przez kogoś innego (np. w kasetce), ale pamięta o ich połknięciu, wymaga pomocy przy umówieniu wizyty lekarskiej lub dotarcia do przychodni zdrowia, zamówienia lekarstw
□ senior wykazuje zaawansowane zaburzenia poznawcze, brak orientacji, wymaga stałego nadzoru nad przyjmowaniem leków i bezpieczeństwem.

7. KONTAKT Z OTOCZENIEM

□ senior nie wymaga wsparcia w kontaktach z osobami bliskimi, znajomymi, samodzielnie angażuje się w aktywności związane z dowolną formą spędzania wolnego czasu np. wydarzenia kulturalne, sportowe, spotkania w klubie seniora, spacery, czytanie książek, nie ma problemów z nawiązywaniem nowych kontaktów
□ senior wymaga towarzyszenia podczas spacerów, potrzebuje niewielkiej pomocy w nawiązywaniu relacji międzyludzkich i utrzymaniu kontaktów z bliskimi/znajomymi, w dotarciu na wydarzenia kulturalne
□ senior nie wychodzi na zewnątrz, wymaga pomocy w umożliwieniu przebywania na świeżym powietrzu i podtrzymywaniu kontaktów międzyludzkich

OŚWIADCZENIE I PODPIS

Oświadczam, że podane w ankiecie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zostały podane dobrowolnie.

Biała Podlaska, dnia …….. ……

(czytelny podpis seniora/pełnomocnika/opiekuna)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO" informuję, że:

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białej Podlaskiej** (adres: 21-500 Biała Podlaska ul. Piłsudskiego 24, e-mail: sekretariat@mops.bialapodlaska.pl, tel. 83-343-85-37).

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.

3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu zdiagnozowania potrzeb w zakresie usług wsparcia w ramach Programu Bonu Senioralnego na lata 2026-2028. Podstawą prawną są art. 6 ust. 1 lit **a** RODO w związku z art. 24-29 ustawy z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 września 2026 r. w sprawie Programu Bonu Senioralnego na lata 2026-2028. W zakresie w jakim dla oceny potrzeb i realizacji wsparcia konieczne jest przetwarzanie danych szczególnych kategorii, w tym danych dotyczących zdrowia, podstawą jest art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z powyższymi przepisami dotyczącymi wsparcia seniorów.

4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu, o którym mowa w pkt. 3 z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych .

5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.

6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

   a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
   b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
   c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
   d) prawo do usunięcia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
   e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);

8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.

9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych tj. podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości, dostawcy strony podmiotowej w Biuletynie Informacji Publicznej, dostawcy usług informatycznych w zakresie systemów elektronicznego zarządzania dokumentacją w jednostce, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

……

(czytelny podpis seniora/pełnomocnika/opiekuna)