

## **PROCEDURA REKRUTACJI I REALIZACJI USŁUGI WSPARCIA DLA SENIORÓW**

### **W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2022 – MODUŁ I REALIZOWANO PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ŁAZACH**

#### **I. Przyjęcie zgłoszenia**

1. Senior zgłasza potrzebę uzyskania wsparcia przez:
  - infolinię pod numerem telefonu: 22 505 11 11
  - lub bezpośrednio do Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach pod numerem telefonu: 32 67 29 176 32 67 29 571
2. Konsultant przyjmując zgłoszenie na infolinii, wprowadza je do Centralnej Aplikacji Statystycznej, a następnie przekazuje je do Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach.
3. Pracownik OPS w Łazach po przyjęciu zgłoszenia kontaktuje się z seniorem celem weryfikacji zgłoszenia oraz ustalenia terminu pierwszej wizyty w miejscu zamieszkania.
4. W trakcie wizyty pracownika OPS Łazy ustala się sytuację osobistą seniora, szczegółowy zakres i termin udzielenia wsparcia usługowego dostosowanego do oczekiwań seniora (załącznik nr 1 – karta zgłoszenia osoby do realizacji wsparcia w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 – moduł I).
5. Pracownik OPS Łazy informuje o:
  - możliwym zakresie udzielanego wsparcia w ramach Programu,
  - przetwarzaniu danych osobowych w ramach realizacji wnioskowanej usługi,
  - konieczności udostępnienia wolontariuszowi danych adresowych i telefonicznych w celu zrealizowania wnioskowanej usługi.

Wsparcie usługowe w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 – moduł I może być udzielone seniorowi przez wolontariuszy (na podstawie zawartych porozumień między Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Łazach a wolontariuszem) lub przez wyznaczonych pracowników OPS realizujących pomoc usługową.

#### **II. Zasady współpracy**

1. Pracownik OPS w Łazach lub wolontariusz kontaktuje się z seniorem w miejscu jego zamieszkania i świadczy wsparcie zgodnie z ustaleniami zawartymi w karcie zgłoszenia – załącznik nr 1.

2. W przypadku świadczenia usługi wsparcia przez wolontariusza, pracownik OPS w Łazach kontaktuje się z seniorem i przekazuje dane wolontariusza, który udzieli pomocy seniorowi (imię i nazwisko, nr identyfikatora), a także określa przewidywany czas kontaktu.
3. Pracownik lub wolontariusz w trakcie każdej wizyty wypełnia kartę usługi (załącznik nr 2). Senior potwierdza na karcie swoim podpisem wykonanie usługi i rozliczenie środków.
4. W przypadku gdy senior zgłasza potrzebę dostarczenia zakupów, zostaje poinformowany o konieczności przygotowania listy zakupów oraz przygotowania gotówki.  
**ZA ZAKUPY PŁACI SENIOR. SENIOR PRZEKAZUJE PIENIĄDZE PRACOWNIKOWI OPS ŁAZY LUB WOLONTARIUSZOWI PRZED DOKONANIEM ZAKUPÓW.**
6. Pracownik OPS Łazy lub wolontariusz po dokonaniu niezbędnych zakupów odbiera paragon ze sklepu, który przekazuje seniorowi wraz z resztą środków finansowych (gotówki) i dokonuje rozliczenia.
7. Pracownik OPS Łazy lub wolontariusz nie ponosi odpowiedzialności za ceny produktów zakupionych oraz ich jakość.
8. Z dokonania zakupów na podstawie sporządzonej listy, senior może skorzystać 3 razy w tygodniu, chyba, że wystąpią szczególne okoliczności wskazujące na konieczność dostarczenia niezbędnych artykułów częściej niż zostało to ustalone.

### **III. Bezpieczeństwo**

1. W sytuacji wprowadzenia obostrzeń sanitarnych na terenie kraju pracownicy OPS Łazy i wolontariusze mają obowiązek stosowania zasad reżimu sanitarnego.

Zatwierdził  
  
DIREKTOR  
Centrum Pomocy Społecznej  
w Łazach  
Dyrektor OPS  
mgr Agnieszka Mucha

**Karta zgłoszenia osoby do realizacji wsparcia w ramach Programu „KORPUS  
WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2022 – moduł I**

Data zgłoszenia .....

Prowadzący sprawę .....

Nazwisko i imię seniora .....

Adres zamieszkania .....

Pesel ..... Telefon .....

Osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe i posiadająca problem z samodzielnym funkcjonowaniem*	TAK	NIE
Osoba zamieszkująca wspólnie z osobami bliskimi i posiadająca problem z samodzielnym funkcjonowaniem*	TAK	NIE
Występujące schorzenia u kandydata	..... ..... ..... .....	
Niepełnosprawność*	TAK	NIE

\*właściwie zakreślić

Informacje dotyczące sytuacji osobistej, problemy / dysfunkcje osoby oraz możliwość pomocy usługowej ze strony rodziny:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ustalona forma wsparcia usługowego i jego częstotliwość:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Poinformowano osobę, że zakupy będą realizowane w sklepach znajdujących się najbliżej jej miejsca zamieszkania. Osoba oświadczyła, że nie jest poddana izolacji/kwarantannie w związku z zakażeniem SARS CoV -2.

.....  
data i podpis seniora

.....  
data i podpis pracownika OPS Łazy

Wobec powyższych informacji kwalifikuję / nie kwalifikuję\* Panią/Pana do usługi wsparcia w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 – moduł I.

\*odpowiednie należy podkreślić

Zatwierdzam do realizacji

.....  
data i podpis Dyrektora OPS Łazy

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### w związku z realizacją Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022

Zgodnie z art. 13, art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), zwanego dalej RODO, informuję, iż:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach, 42-450 Łazy, ul. Pocztowa 14,
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – [iod@opslazy.pl](mailto:iod@opslazy.pl), tel. 32 67 29 176, 32 67 29 571, listownie - 42-450 Łazy ul. Pocztowa 104,
- 3) Pana/Pani dane osobowe są przetwarzane w celu
  - realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej,
  - realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów”
  - realizacji umów cywilnoprawnych, prowadzenia zamówień publicznych.
- 4) Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) oraz lit. e) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO odbiorcami danych osobowych są upoważnieni pracownicy Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach oraz podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe w celu wykonania obowiązku prawnego, a także podmioty, którym dane zostaną powierzone do zrealizowania celów przetwarzania,
- 5) Dane osób po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
- 6) Istnieje prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych,
- 7) Ma Pan/Pani prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani naruszyłoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r.
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a osoba, której dotyczą dane jest zobowiązana do podania danych określonych w w/wym. ustawach. Konsekwencją niepodania danych będzie pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
- 9) Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji i nie podlegają profilowaniu.
- 10) Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją

Załącznik nr 2 do  
Procedury rekrutacji i realizacji usługi wsparcia dla seniorów  
w ramach Programu „Korpus wsparcia seniorów” na rok 2022 – Moduł I

**KARTA WYKONANIA USŁUGI W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA  
SENIORÓW” na rok 2022 – moduł I**

Imię i nazwisko seniora .....

Adres zamieszkania seniora .....

Data wykonania usługi .....

**Rodzaj udzielonego wsparcia w ramach Programu:**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis osoby korzystającej ze wsparcia

**Oświadczenie o przekazaniu i rozliczeniu środków, jeśli zostały przekazane**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że dniu ..... przekazałam/em na opłaty/zakupy  
kwotę ..... i została mi zwrócona reszta w kwocie .....

Wszelkie przekazane pieniądze na realizację wsparcia zostały rozliczone.

.....  
Podpis osoby korzystającej ze wsparcia

.....  
Podpis pracownika OPS Łazy

.....  
Podpis Dyrektora OPS Łazy