

FORMULARZ „WOLONTARIACKA POMOC DOMOWA”

STOWARZYSZENIE WZAJEMNEJ POMOCY „FLANDRIA”

I. OSOBA POTRZEBUJĄCA POMOCY

IMIĘ		NAZWISKO	
-------------	--	-----------------	--

kobieta, mężczyzna; dziecko, młodzież, osoba dorosła, senior.

DATA URODZENIA: dzień , miesiąc , rok

ADRES POBYTU			
ulica		nr domu	nr lokalu
dzielnica		kod pocztowy	miasto
E-MAIL		telefon kontaktowy	

AKTYWNOŚĆ (ZAWODOWA) OSOBY POTRZEBUJĄCEJ POMOCY:	
<input type="checkbox"/> przedszkolak, <input type="checkbox"/> uczeń, <input type="checkbox"/> student, <input type="checkbox"/> aktywny zawodowo, <input type="checkbox"/> rencista, <input type="checkbox"/> emeryt, <input type="checkbox"/> bezrobotny/poszukujący pracy, <input type="checkbox"/> inne:	
zawód:	

II. OSOBA DO KONTAKTU

IMIĘ		NAZWISKO	
-------------	--	-----------------	--

kim jest Pan/i dla osoby potrzebującej pomocy?			
nazwa organizacji/ instytucji			
E-MAIL		telefon domowy	telefon kontaktowy

III. OPIS PROBLEMU

1. PROSZĘ PODAĆ, CZEGO DOTYCZY TRUDNA SYTUACJA?	
<input type="checkbox"/> niepełnosprawność: <input type="checkbox"/> fizyczna; <input type="checkbox"/> psychiczna; <input type="checkbox"/> umysłowa; <input type="checkbox"/> zaburzenie wzroku; <input type="checkbox"/> zaburzenie słuchu; <input type="checkbox"/> zaburzenia zachowania (np. nadpobudliwość, zahamowanie, agresja); <input type="checkbox"/> opieka paliatywna; <input type="checkbox"/> starość;	<input type="checkbox"/> samotność; <input type="checkbox"/> bezradność; <input type="checkbox"/> ubóstwo, <input type="checkbox"/> macierzyństwo, <input type="checkbox"/> bezrobocie; <input type="checkbox"/> problemy szkolne, <input type="checkbox"/> choroba;
<input type="checkbox"/> inne, jakie?:	

2. JAKIEGO RODZAJU POMOCY PAN/I OCZEKUJE?	
<input type="checkbox"/> towarzystwo; <input type="checkbox"/> wsparcie; <input type="checkbox"/> zagospodarowanie czasu wolnego; <input type="checkbox"/> rozwijanie zainteresowań; <input type="checkbox"/> pomoc w nauce; <input type="checkbox"/> pomoc w życiu codziennym (np. zakupy); <input type="checkbox"/> motywowanie do aktywności; <input type="checkbox"/> załatwianie spraw urzędowych/administracyjnych;	<input type="checkbox"/> opieka; <input type="checkbox"/> inne, jakie?:

3. PROSZĘ OPISAĆ NA CZYM POLEGAĆ MA POMOC:**4. CHARAKTER OCZEKIWANEJ POMOCY:**

stały (systematyczny); akcyjny; okresowy w jakim czasie?:

5. JAKIE MA PANI OCZEKIWANIA W STOSUNKU DO WOLONTARIUSZA?

bez znaczenia

wiek, jaki?

płeć:

kobieta, mężczyzna

predyspozycje, jakie?

umiejętności, jakie?

inne, jakie?

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz 883) wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych w ramach działalności prowadzonej przez SWP Flandria.

....., dnia.....

.....
podpis

.....
prowadzący rozmowę z SWP

IV. WYWIAD ŚRODOWISKOWY- UZUPEŁNIENIE FORMULARZA**ROZSZERZONY OPIS SYTUACJI I ŚRODOWISKA**