

## **ZARZĄDZENIE NR 7 /2020**

**Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pionkach**

**z dnia 16 listopada 2020 roku**

**w sprawie: wprowadzenia regulaminu realizacji programu „Wspieraj Seniora” -  
Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów**

Na podstawie § 5 pkt 4 Statutu Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Pionkach  
przyjętego uchwałą nr XLIII/231/2018 Rady Gminy Pionki z dnia 6 lipca 2018r  
w sprawie nadania Statutu Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Pionkach,  
**Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pionkach zarządza się co  
następuje:**

### **§ 1**

Wprowadza się w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Pionkach Regulamin realizacji  
programu „Wspieraj Seniora” - Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów stanowiący  
załącznik nr 1.

### **§ 2**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje do 31 grudnia 2020r.

Kierownik GOPS w Pionkach

Karolina Chudzik

## **REGULAMIN GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W PIONKACH Z REALIZACJI PROGRAMU „ WSPIERAJ SENIORA” - SOLIDARNOŚCIOWY KORPUS WSPARCIA SENIORÓW**

### **I. Cel programu**

Celem programu jest zapewnienie wsparcia Seniorów w wieku 70 lat i więcej, którzy w obowiązującym stanie epidemii zdecydują się na pozostanie w domu i nie są w stanie np. poprzez wsparcie rodziny zabezpieczyć sobie artykułów podstawowej potrzeby. Program zakłada pomoc w dostarczeniu niezbędnych produktów do domu seniora, by ograniczyć konieczność wychodzenia osób starszych na zewnątrz podczas pandemii, ze względu na ich bezpieczeństwo.

### **II. Realizator programu**

Realizatorem programu dla mieszkańców Gminy Pionki jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pionkach z siedzibą przy ul. Zwycięstwa 6, 26 – 670 Pionki

### **III. Termin realizacji programu**

Program będzie realizowany do dnia 31 grudnia 2020 r.

### **IV. Adresaci programu**

Z programu mogą skorzystać osoby starsze po 70 roku życia, pozostające w domu w związku z epidemią, które nie mają możliwości za pośrednictwem rodziny lub innym sposobem zapewnić sobie dostarczenia niezbędnych artykułów spożywczych i higienicznych. W szczególnych przypadkach pomoc może być udzielona również osobie przed 70 rokiem życia. Szczególne sytuacje oznaczają brak możliwości zapewnienia niezbędnych potrzeb wynikających ze stanu zdrowia oraz sytuacji rodzinnej i społecznej osoby. Ocena stanu sytuacji i udzielenia wsparcia osobie potrzebującej należy do decyzji ośrodka pomocy społecznej.

Z programu nie mogą korzystać osoby, które już otrzymują wsparcie w ramach usług opiekuńczych, czy specjalistycznych usług opiekuńczych. Udzielenie pomocy w ramach

programu nie zależy od kryterium dochodowego ani nie jest przyznawana w drodze decyzji administracyjnej.

## V. Realizacja wsparcia

1. Osoba starsza w wieku 70 lat i więcej, która zdecyduje się pozostać w domu w związku z utrzymującym się stanem epidemii może zgłaszać potrzebę wsparcia:
  - na ogólnopolską infolinię uruchomioną w ramach programu Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów pod nr telefonu **22 505 11 11**,
  - bezpośrednio do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej pod nr telefonu **48 384 82 52, 48 612 40 50**
2. W przypadku zgłoszenia na ogólnopolską infolinię osoba przyjmująca zgłoszenie przekazuje prośbę do ośrodka pomocy społecznej przez system Centralnej Aplikacji Statystycznej.
3. Pracownik ośrodka pomocy społecznej kontaktuje się telefonicznie z seniorem i dokonuje weryfikacji w zakresie uprawnień do skorzystania ze wsparcia w szczególności: wieku seniora, możliwości pozyskania wsparcia od rodziny lub w inny sposób, niekorzystania z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych.

Pracownik ośrodka ustala datę, godzinę oraz zakres wsparcia, która ma polegać w szczególności na dostarczeniu zakupów, zgodnie ze wskazanym zakresem, obejmujących artykuły podstawowej potrzeby, w tym artykuły spożywcze, środki higieny osobistej a w razie konieczności wyrzucenie śmieci (odpowiednio zabezpieczonych w czystym, odpowiednim worku na odpady). Po pozytywnej weryfikacji pracownik Ośrodka podaje dane osoby, która zgłosi się do Seniora w celu udzielenia pomocy wraz z określeniem daty i przybliżonej godziny. Zakupy zostaną dostarczone do **2 dni** roboczych od zgłoszenia.
4. Koszty zakupów pokrywa Senior. Po zweryfikowaniu danych osoby zgłaszającej się w celu realizacji usługi osoba starsza przekazuje środki finansowe na realizację zakupów. Zakupy będą dokonywane w marketach, dyskontach lub innych sklepach usytuowanych najbliżej miejsca zamieszkania seniora. Po dokonaniu zakupów osoba je realizująca dokonuje rozliczenia z osobą straszą, która potwierdza dokonanie rozliczenia w formie pisemnej( **załącznik nr1**)

5. Osoby starsze mogą skorzystać ze wsparcia raz w tygodniu. W szczególnych przypadkach wystąpienia nagłej potrzeby dopuszcza się udzielenia wsparcia częściej.

## **VI. Zasady bezpieczeństwa**

1. W celu zapewnienia bezpieczeństwa osobom starszym w szczególności uwrażliwienie na osoby podszywające się za realizatorów zadania, wsparcie będzie udzielane wyłącznie po zgłoszeniu w sposób określony w pkt V.1. regulaminu. Pracownik Ośrodka wskaże dane osoby oraz termin realizacji usługi. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości lub niezgodności danych osoby zgłaszającej się w celu realizacji usługi należy nie przekazywać pieniędzy i niezwłocznie skontaktować się z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej.
2. Osoby kontaktujące się są obowiązane do ograniczenia czasu trwania kontaktu do niezbędnego minimum z zachowaniem zasad ochrony osobistej w związku ze stanem epidemii (maski ochronne i rękawiczki).
3. Osoby, które skorzystały ze wsparcia obowiązane są do każdorazowego złożenia pisemnego oświadczenia o dokonaniu rozliczenia przekazanych środków finansowych na realizację zakupów.

**PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIOWY DOT. UDZIELENIA  
POMOCY W RAMACH PROGRAMU „WSPIERAJ SENIORA”**

**Data zgłoszenia .....**

Imię i nazwisko.....

Wiek .....

PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania.....

Tel. ....

**Lista niezbędnych artykułów spożywczych/ środków higieny osobistej:**

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

**Wysokość kwoty przekazanej przez seniora na realizację zakupów: .....**

.....  
(podpis osoby realizującej zakupy, data)

.....  
(podpis seniora)

**Łączny koszt zakupów: .....**

.....  
(podpis osoby realizującej zakupy, data)

.....  
(podpis seniora)

**Wysokość zwróconej kwoty: .....**

.....  
(podpis osoby realizującej zakupy, data)

.....  
(podpis seniora)

Data realizacji zgłoszenia:.....