

ANKIETA DLA SENIORA

(dla osób w wieku 65 lat i więcej zamieszkujących Gminę Sośno)

Szanowni Państwo,

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sośnie przygotowuje się do realizacji Programu Bonu Senioralnego. W ramach programu osoby po 65. roku życia, które ze względu na stan zdrowia lub wiek nie radzą sobie z codziennymi czynnościami i nie mają nikogo, kto mógłby im regularnie pomagać, będą mogły bezpłatnie korzystać z pomocy w domu. Prosimy o wypełnienie ankiety – pozwoli nam ona ocenić, ilu osobom i w jakim zakresie taka pomoc jest potrzebna. Ankieta jest **anonimowa**. Wypełnienie ankiety nie jest wnioskiem o przyznanie bonu senioralnego.

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą odpowiedź.

A. INFORMACJE PODSTAWOWE

1. Wiek:

- ☐ 65–74 lata
- ☐ 75–84 lata
- ☐ 85 lat i więcej

2. Płeć:

- ☐ kobieta
- ☐ mężczyzna

3. Miejscowość zamieszkania:

.....

4. Z kim Pan/Pani mieszka?

- ☐ mieszkam sam/sama
- ☐ ze współmałżonkiem / partnerem
- ☐ z dziećmi lub innymi członkami rodziny
- ☐ inne:

5. Czy jest osoba (rodzina, sąsiad, znajomy), która regularnie pomaga Panu/Pani w codziennych czynnościach i może tę pomoc zapewniać nadal?

- ☐ tak, pomoc jest wystarczająca
- ☐ tak, ale pomoc jest niewystarczająca lub okazjonalna
- ☐ nie, nie mam nikogo, kto mógłby mi pomagać

B. CODZIENNE CZYNNOŚCI

6. Jak radzi sobie Pan/Pani z następującymi czynnościami?

Lp.	Czynność	Wykonuję samodzielnie	Potrzebuję częściowej pomocy	Nie jestem w stanie wykonać
1.	Ubieranie się i rozbieranie	☐	☐	☐
2.	Przygotowywanie posiłków	☐	☐	☐
3.	Poruszanie się w mieszkaniu i poza nim	☐	☐	☐
4.	Utrzymanie porządku w mieszkaniu	☐	☐	☐

Lp.	Czynność	Wykonuję samodzielnie	Potrzebuję częściowej pomocy	Nie jestem w stanie wykonać
5.	Robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych	☐	☐	☐
6.	Mycie się, kąpiel, higiena osobista	☐	☐	☐
7.	Korzystanie z toalety	☐	☐	☐
8.	Przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami	☐	☐	☐
9.	Umawianie wizyt i docieranie do lekarza, apteki	☐	☐	☐
10.	Kontakty z innymi ludźmi, wychodzenie z domu, aktywność	☐	☐	☐

C. OCZEKIWANA POMOC

7. Czy byłby Pan/byłaby Pani zainteresowany/a pomocą w domu w ramach bonu senioralnego?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie wiem / potrzebuję więcej informacji

8. Ile dni w tygodniu potrzebowałby/aby Pan/Pani pomocy?

- ☐ 1 dzień
- ☐ 2 dni
- ☐ 3 dni
- ☐ 4 dni
- ☐ 5 dni i więcej

9. Ile godzin dziennie potrzebowałby/aby Pan/Pani pomocy?

- ☐ do 1 godziny
- ☐ 1–2 godziny
- ☐ 2–3 godziny
- ☐ 3–4 godziny
- ☐ powyżej 4 godzin

10. W jakich godzinach pomoc byłaby najbardziej potrzebna?

- ☐ rano
- ☐ w południe
- ☐ po południu
- ☐ bez znaczenia

D. SYTUACJA FORMALNA

11. Czy obecnie korzysta Pan/Pani z któregoś z poniższych form wsparcia? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- ☐ usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze z GOPS
- ☐ asystencja osobista
- ☐ świadczenie wspierające
- ☐ członek rodziny pobiera na mnie świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna
- ☐ dzienny dom pomocy, środowiskowy dom samopomocy lub inna placówka opieki dziennej
- ☐ opaska bezpieczeństwa (teleopieka)

- ☐ nie korzystam z żadnej z tych form

12. Czy Pana/Pani średni miesięczny dochód netto (emerytura, renta i inne dochody) nie przekracza 3410 zł?

- ☐ tak, nie przekracza 3410 zł
☐ nie, przekracza 3410 zł
☐ nie chcę odpowiadać

13. Obywatelstwo:

- ☐ polskie
☐ innego państwa Unii Europejskiej, EOG, Szwajcarii lub Wielkiej Brytanii
☐ inne

14. Ankietę wypełnił/a:

- ☐ senior samodzielnie
☐ senior z pomocą członka rodziny
☐ pracownik GOPS / opiekunka w rozmowie z seniorem

15. Uwagi, potrzeby, oczekiwania:

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

E. DANE KONTAKTOWE (wypełnienie dobrowolne)

Jeżeli chce Pan/Pani otrzymać informację o rozpoczęciu naboru wniosków o bon senioralny, prosimy o podanie danych kontaktowych i wyrażenie zgody:

Imię i nazwisko:

Telefon / adres:

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sośnie moich danych osobowych zawartych w ankiecie, w tym danych dotyczących zdrowia, w celu przekazania mi informacji o naborze wniosków w ramach Programu Bonu Senioralnego.

.....
(data i czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 RODO informujemy, że: 1) administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sośnie, ul. Parkowa 4B, 89-412 Sośno; 2) kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy za pośrednictwem adresu malgorzata.kollas@cbi24.pl lub pisemnie na adres administratora, a w czasie jego nieobecności – z Zastępcą Inspektora Ochrony Danych, Panią Darią Stanisławską, pisemnie na adres administratora; 3) ankietę jest anonimowa – informacje w niej zawarte wykorzystywane są wyłącznie w postaci zbiorczej do opracowania diagnozy potrzeb (art. 6 ust. 1 lit. e RODO w związku z art. 24 i art. 29 ustawy z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej); 4) dane kontaktowe podane w części E przetwarzane są na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO) wyłącznie w celu przekazania informacji o naborze, do czasu przekazania tej informacji, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2028 r.; 5) dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, ani do państwa trzeciego, i nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu; 6) przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej cofnięciem oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 7) podanie danych kontaktowych jest dobrowolne, a ich niepodanie nie ma wpływu na możliwość złożenia wniosku o bon senioralny.

Wypełnioną ankietę prosimy przekazać do dnia **12 listopada 2026 r.** – w siedzibie GOPS w Sośnie (ul. Parkowa 4B), w Urzędzie Gminy Sośno (ul. Nowa 1), pracownikowi socjalnemu, opiekunce GOPS lub sołtysowi. **Dziękujemy!**