

ANKIETA KANDYDATA NA WOLONTARIUSZA KWIDZYŃSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ CHORYCH

Dziękujemy za Twoje zainteresowanie. Chcielibyśmy Ci pomóc odnaleźć właściwe miejsce w naszym zespole dla dobra naszych chorych i Twojego, dlatego prosimy o odpowiedź na kilka pytań.

Imię i nazwisko:			
Adres zamieszkania:			
Telefon:		Wiek:	
Adres email:			
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przetwarzanie dodatkowych danych w postaci nr tel. / adresu e-mail przez korzystającego w celu ułatwiający komunikację. Zostałem/am poinformowany/a, że podanie tych danych jest dobrowolne, a dane te będą przetwarzane przez okres trwania wolontariatu oraz że mam prawo odwołania zgody w dowolnym momencie.			
Seria i nr dowodu osobistego:			
Wykształcenie:			
aktywność zawodowa: (zaznacz właściwe)	uczeń	student	praktykant
	stażysta	zatrudniony na umowę	prowadzący własną działalność
	emeryt	rencista	bezrobotny
preferowana forma działalności wolontariackiej:	wolontariat akcyjny	wolontariat opiekuńczy "przy łóżku pacjenta"	inna proponowana forma:
Dlaczego chcesz zostać wolontariuszem? (zaznacz właściwe dla Ciebie)			
Chcę mieć zajęcie	Chcę zdobyć nowe umiejętności doświadczenie.	Dla własnej satysfakcji.	Chcę poznać nowych ludzi.
Chcę pomagać potrzebującym.	Chcę zdobyć referencje.	Chcę pokonać swoje słabości.	W ten sposób chcę zrealizować praktyki studenckie.

Z innych powodów (jakich?):			
Skąd się o nas dowiedziałeś/eś?			
Internet	szkoła/ uczelnia	radio	TV
prasa	inni wolontariusze	inne źródła:
Wymień swoje umiejętności, które mogą być pomocne podczas wolontariatu:			
Doświadczenie zawodowe, w tym wolontariackie			

Preferowany rodzaj pracy wolontariusza

Prace porządkowe	
Grabienie liści i śmieci	
Odsnieżanie, pielęgnacja ogrodu	
Koszenie trawy, plewienie kwiatów, krzewów	
Dbanie o rośliny doniczkowe w Hospicjum	
Mycie okien, kratki wentylacyjnych	
Wykonywanie drobnych napraw instalacji i sprzętu	
Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych	
Wykonywanie toalety pacjenta	
Branie udziału w odżywianiu pacjenta (karmienie)	
Przemieszczanie i przenoszenie pacjenta (pomoc w chodzeniu, poruszaniu się na łóżku oraz fotelu, spacerowanie)	
Wykonywanie prostych ćwiczeń z chorym pod nadzorem rehabilitanta	
Prace pomocnicze- przygotowanie materiałów opatrunkowych, dbałość o sprzęt rehabilitacyjny.	
Podstawowa pomoc psychologiczna i wsparcie pacjentów i ich rodzin:	
Wspólne oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie książek	
Zastąpienie rodziny na kilka godzin w czuwaniu przy chorym	
Pomoc duchowa, np. wspólna modlitwa z wierzącym chorym	
Współudział w zajęciach terapii zajęciowej.	
Prace pozostałe	
Organizowanie imprez, konkursów o tematyce hospicyjnej	
Pomoc w organizowaniu kwest (stoisk)	
Dbanie o wystrój hospicjum	
Tworzenie strony internetowej, komunikacja z mediami	
Udział w projektach UE, pozyskiwanie środków finansowych	
Tworzenie publikacji	
Działalność artystyczna/muzyczna	

Ograniczenia psychofizyczne w pracy wolontariusza		
W naszym Hospicjum Wolontariusz towarzyszy pacjentom, pomaga im, np. karmiąc, obierając owoce, parząc kawę/ herbatę. robiąc drobne zakupy, czytając książki, gazety, rozmawiając, grając w gry itp. Drugą formą wolontariatu jest wolontariat akcyjny - polega na pomaganiu w organizacji akcji promocyjnych i charytatywnych Hospicjum, kwestowaniu na rzecz Hospicjum.		
Czy są prace których nie możesz wykonywać	tak	nie
jeśli TAK, to jakich prac nie możesz wykonywać		
Czy są prace których nie chcesz wykonywać?	tak	nie
jeśli TAK, to jakich prac nie możesz wykonywać		

Proszę o wpisanie w jakich godzinach i dniach dysponujesz wolnym czasem:						
poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela
Lubię pracować:						
<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> w małym zespole <input type="checkbox"/> w dużej grupie						
Chciałbym posługiwać jako wolontariusz:						
<input type="checkbox"/> Długoterminowo <input type="checkbox"/> Regularnie – minimum 4 godziny w tygodniu <input type="checkbox"/> Okazyjnie – akcje okolicznościowe, charytatywne, zbiórki, koncerty itp. <input type="checkbox"/> Okresowo – w święta, w zależności od swego stanu zdrowia						

Zobowiązanie

Ja niżej podpisana/y zobowiązuję się do niepodejmowania żadnych form leczenia i terapii w stosunku do pacjentów będących pod opieką Kwidzyńskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych w Hospicjum św. Wojciecha w Kwidzynie bez zgody lekarza Hospicjum, pod którego opieką znajduje się pacjent.

.....
data i podpis

Zobowiązanie

Ja niżej podpisana/y zobowiązuję się do zachowania tajemnicy wszelkich informacji związanych z sytuacją socjalną i zdrowotną osób, na rzecz których świadczy pomoc Kwidzyńskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych w Hospicjum św. Wojciecha w Kwidzynie. Niniejsze zobowiązanie zachowuje ważność również po zakończeniu współpracy z Kwidzyńskim Towarzystwem Przyjaciół Chorych w Hospicjum św. Wojciecha w Kwidzynie.

.....
data i podpis

Zgoda

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ankiecie na potrzeby rozpatrzenia mojej kandydatury na wolontariusza przez Kwidzyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych zgodnie z przepisami prawa z zakresu ochrony danych osobowych.

.....
data i podpis

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

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

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest (Kwidzyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych),
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@hospicjumkwidzyn.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wolontariatu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie upoważnieni pracownicy Kwidzyńskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych, podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz partnerzy akcji charytatywnych
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres, obowiązywania umowy lub do dnia wniesienia sprzeciwu
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisu prawa w pozostałym zakresie jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować odmową podjęcia współpracy przez Administratora

Zapoznałam/tem się dnia.....

.....
(podpis)