



Załącznik Nr 1

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

Regulamin Pracy Wolontariusza

1. Wolontariusz zatrudniony jest w ramach Programu „Centrum Wolontariatu” realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.
2. Wolontariusz pracuje społecznie, co oznacza, że nie pobiera wynagrodzenia za wykonywane świadczenie wolontarystyczne.
3. Osobą odpowiedzialną za kontakt z Wolontariuszem jest Koordynator Programu „Centrum Wolontariatu” realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.
4. Wolontariusz ma prawo uczestniczyć w warsztatach i szkoleniach organizowanych w ramach Programu „Centrum Wolontariatu” w Ośrodku Pomocy Społecznej Gminy Lubawa, na podstawie wypełnienia „Deklaracji uczestnictwa”.
5. „Indywidualny Plan Pracy Wolontariusza” jest ustalany wspólnie przez Wolontariusza i Korzystającego, co określa Regulamin organizacyjny Programu „Centrum Wolontariatu”.
6. Wolontariusz wykonuje swoje zadania na podstawie „Porozumienia o Wykonywaniu Świadczeń wolontarystycznych”.
7. Wolontariusz zobowiązuje się do wykonywania czynności będących przedmiotem „Indywidualnego Planu Pracy Wolontariusza” określanego przez organizację, jednostkę, instytucję do której skierowany zostanie Wolontariusz.
8. W przypadku gdy Wolontariusz skierowany zostanie do świadczeń wolontarystycznych u osoby indywidualnej, „Indywidualny Plan Pracy Wolontariusza” ustalany jest przez Koordynatora Programu „Centrum Wolontariatu”, po konsultacji z zainteresowanymi stronami, mając na uwadze proponowany zakres pomocy Wolontariusza.
9. Wolontariusz nie może wykonywać czynności do których nie posiada uprawnień, a w szczególności takich, do których potrzebne jest przygotowanie medyczne.
10. Wolontariuszowi nie wolno absorbować swoimi sprawami osobistymi, palić papierosów oraz spożywać alkoholu w obecności osób u których wykonują pracę wolontarystyczną.



11. Wszelkie wątpliwości dotyczące wykonywanej pracy Wolontariusz powinien jak najszybciej konsultować z Koordynatorem Programu „Centrum Wolontariatu” w Ośrodku Pomocy Społecznej Gminy Lubawa, przed podjęciem jakiegokolwiek decyzji czy akcji.
12. W przypadku rezygnacji z pracy Wolontariusz powinien jak najszybciej poinformować Koordynatora Programu „Centrum Wolontariatu” Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa, nie ponosząc z tego tytułu żadnych konsekwencji.
13. W przypadku gdy Wolontariusz nie ma możliwości zrealizowania powierzonych mu zadań, należy jak najszybciej poinformować o tym Koordynatora Wolontariatu, w celu znalezienia dogodnego wyjścia z sytuacji.
14. Wszelkie sprawy dotyczące sytuacji osób i ich rodzin, u których Wolontariusz wykonuje swoją pracę są tajemnicą i mogą być omawiane tylko z Koordynatorem Programu „Centrum Wolontariatu” lub pracownikami Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.
15. Wolontariusz zobowiązuje się do uczestnictwa w monitoringu, a w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet, mających na celu podnoszenie jakości świadczonej pomocy wolontarystycznej.
16. Wszelkie zmiany niniejszego regulaminu wymagają formy pisemnej, regulamin obowiązuje przez cały okres pracy Wolontariusza określony w „Porozumieniu o wykonywaniu świadczeń wolontarystycznych.”



Załącznik Nr 2

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

Kodeks Etyczny Wolontariusza

1. *Jestem pewien tego, że chcę pomagać innym ludziom.*
2. *Chcę aby pomoc przeze mnie oferowana była wartościowa i skuteczna.*
3. *Będę angażował się w swoje obowiązki najlepiej jak potrafię, na tyle na ile pozwala mi moja sytuacja osobista.*
4. *Mam prawo zgłaszać wszystkie swoje pomysły i wątpliwości, chcę czynnie uczestniczyć w działalności Centrum Wolontariatu.*
5. *Mam prawo mówić o problemach w swojej działalności wolontarystycznej oraz zaznaczać swoje sukcesy.*
6. *Mówię otwarcie o rzeczach których nie rozumiem .*
7. *Przestrzegam zasad z którymi się zapoznałem.*
8. *Chcę rozwijać się, zdobywać nowe umiejętności i doświadczenia.*
9. *Traktuję Wolontariat jako zobowiązanie - nie obiecuję, jeśli nie jestem w stanie spełnić swojej obietnicy.*
10. *Jestem gotowy do wymiany doświadczeń pomiędzy innymi wolontariuszami oraz Koordynatorem Wolontariatu Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.*
11. *Zobowiązuję się do dyskrecji. Wszelkie informacje o sytuacji materialnej, rodzinnej, zdrowotnej traktuję poufnie. Posłużą one jedynie do konsultacji z Koordynatorem Centrum Wolontariatu. Informacje te nie wyjdą poza obszar moich działań wolontarystycznych.*
12. *Mam prawo do ochrony swoich interesów. Nie muszę poddawać się presji moralnej zmuszającej mnie do wypełniania zadań niezgodnych z moimi przekonaniami.*

.....
Data i podpis Wolontariusza



Załącznik Nr 3

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

KARTA ZGŁOSZENIOWA
WOLONTARIUSZA NIEPEŁNOLETNIEGO

IMIĘ:		NAZWISKO:	
Data i miejsce urodzenia:			

DANE DO KORESPONDENCJI

ADRES DO KORESPONDENCJI:					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miasto			
Telefon domowy			Telefon kontaktowy/ komórkowy		
Adres email			Inne możliwości kontaktu (gg, skype, tlen)		

EDUKACJA

DANE SZKOŁY				
Nazwa szkoły				
Adres szkoły				
Klasa		Profil:		
Numer legitymacji/PESEL				

PREFEROWANY CHARAKTER PRACY WOLONTARYSTYCZNEJ

- Akcyjny
- Okresowy (w jakim czasie?).....

.....
Data i podpis



Załącznik Nr 4

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

**DANE KONTAKTOWE RODZICA/OPIEKUNA
NIEPEŁNOLETNIEGO WOLONTARIUSZA**

DANE KONTAKTOWE					
Imię			Nazwisko		
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy			Miasto		
Telefon domowy			Telefon kontaktowy /komórkowy		

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA UDZIAŁ DZIECKA W
WOLONTARIACIE**

Ja, niżej podpisana/podpisany..... wyrażam zgodę na udział córki/synaw Programie „Centrum Wolontariatu” Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

.....

Data i podpis



Załącznik Nr 5

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

KARTA UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI WOLONTARIUSZA NIEPEŁNOLETNIEGO

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

1. CECHY OSOBOWE
Twoje pozytywne cechy to (zaznacz nie więcej niż 4 cechy, które według Ciebie najlepiej odzwierciedlają Twoją osobowość)
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cierpliwość<input type="radio"/> Łatwość komunikowania się<input type="radio"/> Odpowiedzialność<input type="radio"/> Opanowanie<input type="radio"/> Otwartość na nowe wyzwania<input type="radio"/> Punktualność<input type="radio"/> Sumienność<input type="radio"/> Tolerancyjność<input type="radio"/> Wrażliwość<input type="radio"/> Szybka adaptacja w nowym otoczeniu
Twoje negatywne cechy to (zaznacz nie więcej niż 4 cechy, które według Ciebie najlepiej odzwierciedlają Twoją osobowość)
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Bezradność<input type="radio"/> Kłótlivość<input type="radio"/> Nerwowość<input type="radio"/> Obojętność<input type="radio"/> Niepunktualność<input type="radio"/> Porywczność<input type="radio"/> Pesymizm<input type="radio"/> Szybka rezygnacja<input type="radio"/> Trudność w nawiązywaniu kontaktów



Który z poniżej wymienionych temperamentów charakteryzuje Ciebie? (zaznacz 1 odpowiedź)

- Choleryk (silny, niezrównoważony, ruchliwy)
- Flegmatyk (silny zrównoważony, powolny)
- Melancholik (słaby, bierny, bezradny)
- Sangwinik (silny, zrównoważony wrażliwy)

Wymień wartości, które najbardziej cenisz w życiu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. RODZINA

Z ilu członków składa się Twoja rodzina (uwzględniając Twoją osobę)?

.....

.....

Jakie wartości były i są najważniejsze w Twojej rodzinie?

.....

.....

.....

.....

.....

3. ZDROWIE

Czy miałeś jakikolwiek problem ze zdrowiem?

- Nie
- Tak (jakie?).....

.....

.....



Czy miałeś jakikolwiek kontakt z używkami typu: alkohol, papierosy, narkotyki?
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Tak<input type="radio"/> Nie (przejdź do części 4)
W jakich sytuacjach kontakt ten miał miejsce?
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Miałem/miałam styczność bezpośrednią<input type="radio"/> Przebywałem/ przebywałam z osobami, które miały z tym kontakt<input type="radio"/> To zjawisko miało miejsce w mojej rodzinie<input type="radio"/> To zjawisko ma miejsce w mojej rodzinie
Czy jesteś uzależniony od alkoholu, papierosów lub jakichkolwiek substancji psychoaktywnych?
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nie (Przejdź do części 4)<input type="radio"/> Tak (Jakich?)
Czy uczestniczysz w terapii mającej na celu pokonanie uzależnienia?
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nie<input type="radio"/> Tak (od jakiego czasu?)

4. WOLONTARIAT
Dlaczego zdecydowałeś się na pracę w wolontariacie?
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Chcę mieć zajęcie<input type="radio"/> Poznać nowych ludzi<input type="radio"/> Zdobyć referencje<input type="radio"/> Zdobyć nowe umiejętności, doświadczenia<input type="radio"/> Pomagać ludziom potrzebującym<input type="radio"/> Spłacić dług wdzięczności wobec innych<input type="radio"/> Przewyciężyć swoje słabości<input type="radio"/> Dla własnej satysfakcji<input type="radio"/> Z powodów religijnych<input type="radio"/> Chcę podzielić się z innymi tym co mam/ co potrafię<input type="radio"/> Inne (jakie?)



Umiejętności/ kompetencje które posiadasz:		
○ Obsługa komputera	○ Internet	○ programy specjalistyczne
	○ tworzenie stron WWW	○ programy specjalistyczne, jakie?.....
○ Uzdolnienia artystyczne	○ fotografia	○ muzyczne
	○ video	○ teatralne
	○ plastyczne	○ literackie
	○ techniczno - manualne	○ inne, jakie?.....
○ Uzdolnienia sprawnościowe	○ pływanie	○ gimnastyka
	○ taniec	○ inne, jakie?.....
○ Umiejętności interpersonalne	○ podejmowanie decyzji	○ umiejętność pracy w grupie
	○ twórcze myślenie	○ asertywność
	○ inne, jakie?.....	
○ Zainteresowania	○ inne, jakie?	

5. MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA W PRACY WOLONTARYSTYCZNEJ

Jaki charakter pracy chciałabyś/ chciałbyś wykonywać?

- Praca z dziećmi i młodzieżą
- Praca z dzieckiem w domu prywatnym(Np. pomoc w odrabianiu lekcji)
- Praca z osobami starszymi i dorosłymi (Np. pomoc w czynnościach dnia codziennego, dot. towarzystwa, wypełniania czasu wolnego)
- Pomoc w nauce , jakie przedmioty?
.....
- Praca z osobami niepełnosprawnymi w placówce
- Praca z osobami niepełnosprawnymi w domu prywatnym (dotrzymanie towarzystwa , wypełnianie czasu wolnego, pomoc w czynnościach dnia codziennego)
- Pomoc w organizowaniu festynów, akcji, uroczystości itp.
- Praca w świetlicy, prowadzenie zajęć, warsztatów, wypełnianie czasu wolnego
- Inne, jakie?
-

Jakiej pracy nie chciałabyś/ chciałbyś wykonywać ?

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



Twoje uwagi i prośby dotyczące wolontariatu:

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

6. INFORMACJA

Skąd dowiedziałas/ dowiedziałeś się o Centrum Wolontariatu Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa?

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

*Wszelkie informacje udzielone w karcie kompetencji i umiejętności wolontariusza posłużą wyłącznie dla informacji Centrum Wolontariatu Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa i nie będą wykorzystywane poza obszarem jego funkcjonowania.

.....
Data i podpis Wolontariusza

.....
Podpis Koordynatora Wolontariatu



UWAGI KOORDYNATORA WOLONTARIATU



Załącznik Nr 6

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

KARTA ZGŁOSZENIOWA WOLONTARIUSZA PEŁNOLETNIEGO

IMIĘ:		NAZWISKO:	
Data i miejsce urodzenia:			
PESEL		Nr i seria dowodu osobistego	

DANE DO KORESPONDENCJI

ADRES DO KORESPONDENCJI:					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miasto			
Telefon domowy		Telefon kontaktowy/ komórkowy			
Adres email		Inne możliwości kontaktu (gg, skype, tlen)			

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

- Student (nazwa uczelni, kierunek).....
- Aktywny zawodowo (miejsce pracy, stanowisko).....
- Rencista
- Emeryt
- Bezrobotny/poszukujący pracy
- Inne(jakie?).....

PREFEROWANY CHARAKTER PRACY WOLONTARYSTYCZNEJ

- Akcyjny
- Okresowy (w jakim czasie?).....

.....
Data i podpis



Załącznik Nr 7

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

KARTA UMIEJETNOŚCI I KWALIFIKACJI WOLONTARIUSZA PEŁNOLETNIEGO

IMIĘ	NAZWISKO
------	----------

7. CECHY OSOBOWE

Twoje pozytywne cechy to (zaznacz nie więcej niż 4 cechy, które według Ciebie najlepiej odzwierciedlają Twoją osobowość)

- Cierpliwość
- Łatwość komunikowania się
- Odpowiedzialność
- Opanowanie
- Otwartość na nowe wyzwania
- Punktualność
- Sumienność
- Tolerancyjność
- Wrażliwość
- Szybka adaptacja w nowym otoczeniu

Twoje negatywne cechy to (zaznacz nie więcej niż 4 cechy, które według Ciebie najlepiej odzwierciedlają Twoją osobowość)

- Bezradność
- Kłótlivość
- Nerwowość
- Obojętność
- Niepunktualność
- Porywczność
- Pesymizm
- Szybka rezygnacja
- Trudność w nawiązywaniu kontaktów

Który z poniżej wymienionych temperamentów charakteryzuje Ciebie? (zaznacz 1 odpowiedź)

- Choleryk (silny, niezrównoważony, ruchliwy)
- Flegmatyk (silny zrównoważony, powolny)
- Melancholik (słaby, bierny, bezradny)
- Sangwinik (silny, zrównoważony wrażliwy)



Wymień wartości, które najbardziej cenisz w życiu:

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

8. RODZINA

Z ilu członków składa się Twoja rodzina (uwzględniając Twoją osobę)?

.....
.....

Jakie wartości były i są najważniejsze w Twojej rodzinie?

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

9. ZDROWIE

Czy miałeś jakikolwiek problem ze zdrowiem?

- Nie
- Tak (jakie?).....
.....
.....

Czy miałeś jakikolwiek kontakt z używkami typu: alkohol, papierosy, narkotyki?

- Tak
- Nie (przejdź do części 4)

W jakich sytuacjach kontakt ten miał miejsce?

- Miałem/miałam styczność bezpośrednią
- Przebywałem/ przebywałam z osobami, które miały z tym kontakt
- To zjawisko miało miejsce w mojej rodzinie
- To zjawisko ma miejsce w mojej rodzinie



Czy jesteś uzależniony od alkoholu, papierosów lub jakichkolwiek substancji psychoaktywnych?
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nie (Przejdź do części 4)<input type="radio"/> Tak (Jakich?).....
Czy uczestniczysz w terapii mającej na celu pokonanie uzależnienia?
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nie<input type="radio"/> Tak (od jakiego czasu?).....

4. KONFLIKT Z PRAWEM
Czy kiedykolwiek miałeś/ miałaś konflikt z prawem?
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Tak<input type="radio"/> Nie (przejdź do części 5.)
Jakiego typu było to wykroczenie?
.....
Kiedy to miało miejsce?
.....
Czy byłeś karany?
.....
Jaki jest Twój stosunek do zasad i umów?
.....



Jak reagujesz na łamanie zasad?

.....
.....

5. KWALIFIKACJE

Czy posiadasz kwalifikacje (zawodowe, dodatkowe) które chcesz lub możesz wykorzystać w swojej pracy wolontarystycznej?

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

6. WOLONTARIAT

Dlaczego zdecydowałeś się na pracę w wolontariacie?

- Chcę mieć zajęcie
 - Poznać nowych ludzi
 - Zdobyć referencje
 - Zdobyć nowe umiejętności, doświadczenia
 - Pomagać ludziom potrzebującym
 - Spłacić dług wdzięczności wobec innych
 - Przewyciężyć swoje słabości
 - Dla własnej satysfakcji
 - Z powodów religijnych
 - Chcę podzielić się z innymi tym co mam/ co potrafię
 - Inne (jakie?).....
-

Umiejętności/ kompetencje które posiadasz:

<input type="radio"/> Obsługa komputera	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> programy specjalistyczne
	<input type="radio"/> tworzenie stron WWW	<input type="radio"/> programy specjalistyczne, jakie?.....
<input type="radio"/> Uzdolnienia artystyczne	<input type="radio"/> fotografia	<input type="radio"/> muzyczne
	<input type="radio"/> video	<input type="radio"/> teatralne
	<input type="radio"/> plastyczne	<input type="radio"/> literackie
	<input type="radio"/> techniczno - manualne	<input type="radio"/> inne, jakie?.....
<input type="radio"/> Uzdolnienia sprawnościowe	<input type="radio"/> pływanie	<input type="radio"/> gimnastyka
	<input type="radio"/> taniec	<input type="radio"/> inne, jakie?.....



<input type="radio"/> Umiejętności interpersonalne	<input type="radio"/> podejmowanie decyzji	<input type="radio"/> umiejętność pracy w grupie
	<input type="radio"/> twórcze myślenie	<input type="radio"/> asertywność
	<input type="radio"/> inne, jakie?.....	
<input type="radio"/> Zainteresowania	<input type="radio"/> inne, jakie?	

7. MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA W PRACY WOLONTARYSTYCZNEJ

Jaki charakter pracy chciałabyś/ chciałbyś wykonywać?

- Praca z dziećmi i młodzieżą
- Praca z dzieckiem w domu prywatnym(Np. pomoc w odrabianiu lekcji)
- Praca z osobami starszymi i dorosłymi (Np. pomoc w czynnościach dnia codziennego, dot. towarzystwa, wypełniania czasu wolnego)
- Pomoc w nauce , jakie przedmioty?
.....
- Praca z osobami niepełnosprawnymi w placówce
- Praca z osobami niepełnosprawnymi w domu prywatnym (dotrzymanie towarzystwa , wypełnianie czasu wolnego, pomoc w czynnościach dnia codziennego)
- Pomoc w organizowaniu festynów, akcji, uroczystości itp.
- Praca w świetlicy, prowadzenie zajęć, warsztatów, wypełnianie czasu wolnego
- Wykorzystanie swoich kwalifikacji, jakie?
.....
.....
.....

Jakiej pracy nie chciałabyś/ chciałbyś wykonywać ?

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

Twoje uwagi i prośby dotyczące wolontariatu:

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



8. INFORMACJA

Skąd dowiedziałaś/ dowiedziałeś się o Centrum Wolontariatu Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa?

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

*Wszelkie informacje udzielone w karcie kompetencji i umiejętności wolontariusza posłużą wyłącznie dla informacji Centrum Wolontariatu Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa i nie będą wykorzystywane poza obszarem jego funkcjonowania.

.....
Data i podpis wolontariusza

.....
Podpis Koordynatora Wolontariatu



UWAGI KOORDYNATORA WOLONTARIATU



Załącznik Nr 8

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

**ZAKRES CZASOWY DEKLAROWANEGO ŚWIADCZENIA
WOLONTARYSTYCZNEGO**

Ja, niniejszym podpisany/a.....

deklaruję świadczenie wolontarystyczne w zakresie czasowym:

Dni tygodnia:

- Poniedziałek
- Wtorek
- Środa
- Czwartek
- Piątek
- Sobota
- Niedziela

Ilość godzin tygodniowo:.....

Wolontariat akcyjny (określone akcje) po uprzednim uzgodnieniu:

- Tak
- Nie

Wolontariat :

- Okresowy (w jakim czasie?).....

.....
Data i podpis Wolontariusza



ZMIANY W RAMACH CZASOWYCH ŚWIADCZEŃ:



Załącznik Nr 9

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zapoznałem/ zapoznałam się z „Regulaminem pracy Wolontariusza”, zatwierdzonym przez Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa zobowiązuje się do informowania o wszelkich zmianach wprowadzanych do „Regulaminu pracy Wolontariusza”.

.....
Data i podpis Wolontariusza



Załącznik Nr 10

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

”.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych – RODO) wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych osobowych przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa w celu przystąpienia do programu „Centrum Wolontariatu”.

.....
(czytelny podpis wolontariusza)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego w przypadku wolontariusza małoletniego)

POUCZENIE:

Zgodnie z art. 7 ust. 3 w/w rozporządzenia, osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

*niepotrzebne skreślić

)



Załącznik Nr 11

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych – RODO) wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na publikację wizerunku:

- na tablicach informacyjnych w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa,
- na stronach internetowych: www.gopslubawa.pl i www.gminalubawa.pl oraz facebooku,
- w Biuletynie informacyjnym Gmina Lubawa,
- w lokalnej prasie, m.in. Gazeta lubawska, Kurier ławski.

.....
(czytelny podpis)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego w przypadku wolontariusza małoletniego)

POUCZENIE:

Zgodnie z art. 7 ust. 3 w/w rozporządzenia, osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

*niepotrzebne skreślić



Załącznik Nr 12

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

Deklaracja uczestnictwa

Ja, niżej podpisana/y.....wyrażam chęć uczestnictwa w.....
.....
.....
.....
w terminie.....
zorganizowanego w ramach Programu „Centrum Wolontariatu” realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

.....
Podpis Wolontariusza

Zatwierdził:

.....
(Data i Podpis Koordynatora Programu „Centrum Wolontariatu”)



Załącznik Nr 13

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

Pieczęć podmiotu sporządzającego kartę wypadku

Karta wypadku w drodze do pracy lub z pracy

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa oraz adres płatnika składek na ubezpieczenia społeczne.....
2. NIP 3. REGON.....
4. PESEL.....
5. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
rodzaj dokumentuseria.....numer.....

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego.....
2. PESEL..... 3. NIP.....
4. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
rodzaj dokumentu.....seria.....numer.....
5. Data i miejsce urodzenia poszkodowanego
6. Adres zamieszkania poszkodowanego.....
7. Tytuł ubezpieczenia rentowego/chorobowego*

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data wypadku
2. W dniu wypadku poszkodowany:
 - a) miał rozpocząć pracę o godz.
 - b) zakończył pracę o godz.
3. Wypadek zdarzył się*:
 - 1) w drodze z domu do pracy - w drodze z pracy do domu
 - 2) w drodze do - z miejsca:
 - a) innego zatrudnienia lub innej działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia rentowego,
 - b) zwykłego wykonywania funkcji lub zadań zawodowych albo społecznych,
 - c) zwykłego spożywania posiłków,
 - d) odbywania nauki lub studiów.
4. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku:
.....
.....
.....
5. W sprawie wypadku były - nie były* podjęte czynności przez odpowiednie organy
.....
.....
.....
6. Wypadek spowodował niezdolność do pracy od do**



Wypadek spowodował zgon

7. Świadcowie wypadku:

1.....

2.....

3.....

imię i nazwisko.....adres zamieszkania.....

8. Wypadek jest wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy

TAK/NIE*

9. Uzasadnienie nieuznania wypadku za wypadek w drodze do pracy lub z pracy*:

.....

.....

.....

.....

IV. POZOSTAŁE INFORMACJE

1. Kartę sporządzono w dniu

.....

nazwa podmiotu zobowiązanego pieczętka

do sporządzenia karty

.....

imię i nazwisko sporządzającego, podpis

2. Miejscowość sporządzenia karty

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni:

.....

.....

.....

4. Kartę odebrano w dniu

podpis uprawnionego

¹⁾ Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie rentowe/chorobowe.

* Niepotrzebne skreślić.

** Podać okres niezdolności objęty zaświadczeniem lekarskim, które zostało przedłożone przed sporządzeniem karty wypadku.

Podmiot sporządzający kartę wypadku, niebędący płatnikiem składek, wpisuje okres niezdolności do pracy na podstawie oświadczenia poszkodowanego lub członka jego rodziny.



Załącznik Nr 14

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

POROZUMIENIE O WYKONYWANIU ŚWIADCZEŃ WOLONTARYSTYCZNYCH

W dniu.....w, pomiędzy Panią/ Panem.....dowód osobisty nr/ legitymacja szkolna nr....., adres zamieszkania....., zwaną/ zwanym w dalszej części „**Wolontariuszem**”, reprezentowanym przez Koordynatora Programu „Centrum Wolontariatu” Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa, Panią.....

az siedzibą w
Reprezentowaną przez..... zwanym dalej „**Korzystającym**”, zostało zawarte porozumienie o wykonywaniu świadczeń wolontarystycznych

Mając na względzie ideę wolontariatu, u której podstaw stoi dobrowolne, bezpłatne wykonywanie czynności, a także biorąc pod uwagę charytatywny, pomocniczy i uzupełniający charakter wykonywanych przez wolontariuszy świadczeń Strony porozumienia ustalają, co następuje:

1. **Korzystający i Wolontariusz** zawierają porozumienie o współpracy, której zakres reguluje „Indywidualny Plan Pracy Wolontariusza”, opracowywany przez **Korzystającego**, w porozumieniu z **Wolontariuszem**.
2. Rozpoczęcie wykonywania świadczeń strony ustalają od dnia.....do dnia.....
3. Strony zgodnie ustalają, że porozumienie niniejsze obejmuje świadczenie o charakterze wolontarystycznym, które ma charakter bezpłatny.
4. **Korzystający** nie ma prawa wymagać od **Wolontariusza** wykonywania prac o charakterze zarobkowym.
5. **Korzystający** zobowiązuje się do wyznaczenia osoby pełniącej funkcję Opiekuna Wolontariusza, którego zadania reguluje dokument.
6. **Korzystający** zobowiązuje się do poinformowania **Wolontariusza** o zasadach bezpiecznej i higienicznej pracy w miejscu wykonywania świadczenia wolontarystycznego
7. **Wolontariuszowi** przysługuje zaopatrzenie z tytułu wypadku przy wykonywanych zadaniach, określonych w „Indywidualnym Planie Pracy Wolontariusza”, na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.
8. **Wolontariusz** zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji w zakresie wykonywanego porozumienia, a zwłaszcza informacji związanych z sytuacją socjalną i zdrowotną osób, na rzecz których świadczy pomoc.



9. W sprawach nie uregulowanych porozumieniem zastosowanie ma kodeks cywilny oraz Ustawa o Działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.
10. **Wolontariusz** został poinformowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.
11. **Korzystający** zobowiązuje się do wystawienia na życzenie **Wolontariusza** „Opinii o Wolontariuszu” oraz o wypełnianie ankiet ewaluacyjnych, mających na celu podnoszenie jakości świadczenia pomocy wolontarystycznej.
12. Porozumienie może być wypowiedziane przez każdą ze stron w terminie.....
13. Porozumienie sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron

.....
Data i podpis Wolontariusza

.....
Data i podpis Korzystającego

Zatwierdzono:

.....
*Koordinator programu
„Centrum Wolontariatu”*

.....
*Kierownik Ośrodka Pomocy
Społecznej Gminy*



Załącznik Nr 15

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

**Wniosek o zwrot kosztów dojazdu do/z miejsca świadczenia usług
wolontarystycznych**

Ja,..... niżej podpisany oświadczam, iż koszt przejazdu środkiem transportu do miejscowości....., gdzie świadczę usługi wolontarystyczne wynosi.....(bilet w załączeniu).

.....
Data i podpis Wolontariusza



Załącznik Nr 17

Do Regulaminu organizacyjnego programu „Centrum Wolontariatu”, stanowiącego załącznik Nr 1 do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 16 maja 2019 w sprawie programu „Centrum Wolontariatu”.

Rozwiązanie bez wypowiedzenia „Porozumienia o Wykonywaniu Świadczeń Wolontarystycznych”

Na podstawie „Porozumienia o wykonywaniu świadczeń wolontarystycznych” zawartego w dniu.....
rozwiązuję porozumienie z dniem.....

Przyczyną rozwiązania porozumienia jest.....
.....
.....
.....
.....

Na podstawie „Regulaminu organizacyjnego Programu „Centrum Wolontariatu” oraz „Regulaminu pracy Wolontariusza” proszę o wydanie pisemnego zaświadczenia o wykonaniu przeze mnie świadczeń oraz załączenie opinii.

.....
Podpis wolontariusza



Data i podpis Wolontariusza

Pieczęć/ podpis Korzystającego

**3. ZMIANY W RAMACH CZASOWYCH SWIADCZENIA LUB OBOWIĄZKACH
WOLONTARIUSZA**

