

阿賀町地域支え合い事業

みんなでささエール事業

有償ボランティアさん

募集!!

阿賀町には一人暮らしの高齢者をはじめ生活上困っている方がたくさんいます。月に1回だけでも、そんな方の支援ボランティアをしてみませんか？みんなでささエール事業は、ボランティアさんが少しの実費をいただいで、自分ができる範囲でサポートする事業です。ご興味のある方は社会福祉協議会までお気軽にお問い合わせください。

<ボランティア登録対象者>

16歳以上の健康な方

(空き時間を利用するなど自分のできる範囲で困っている人の有償支援活動をします。)

<支援内容>

訪問支援

【家事】○ゴミ出し ○片付け

【軽作業】○玄関前の雪払い・道つけ

○家具等移動 ○電球交換 ○灯油給油

【見守り】○見守り訪問(定期・不定期)

○留守番 ○話し相手

対応ボランティア：全登録ボランティアさんが対応可能
(ボランティアさんの非対応希望は除く)

代行支援

支援内容：買い物代行、役場の手続き代行など

対応ボランティア：未成年及び運転免許非保有者は行えません。

利用車両：ボランティアさんの車両を利用します。

その他

支援内容：通院の付き添いなど

※送迎のみの支援は行えません。

対応ボランティア：全登録ボランティアが対応可能
(ボランティアさんの非対応希望は除く)

移動手段：バス・タクシー等の公共交通機関を利用
※利用者またはボランティアさんの車両は利用できません。

<支援対価>

ボランティアは1時間あたり500円の実費対価 [クオカード] を支援活動2時間単位で受け取れます。

※ボランティアは支援活動2時間単位で1,000円の実費対価 [クオカード] を受け取れます。



手伝うよ



【申し込み・お問い合わせ】

社会福祉法人阿賀町社会福祉協議会

住所：阿賀町津川 664 番地 (阿賀町総合福祉保健センター「やまぶきの里」内)

TEL 92-3088 FAX 92-5177

メール：agamachisyakyo@world.ocn.ne.jp

■社協各支所でも受け付けています (以下、各支所名)

鹿瀬支所 (鹿瀬老人福祉センター) : 電話92-5980

上川支所 (上川高齢者生活福祉センター) : 電話95-3500

三川支所 (三川保健センター) : 電話99-5566

<ボランティア登録の方法>

①登録の申し込み

- 下記FAX申込書を記載して阿賀町社協にFAX
- 阿賀町社協に直接電話

②個別説明

社協職員が、支援活動内容や注意事項等を個別に説明します。

③支援登録

登録情報：氏名・生年月日・性別・住所・活動依頼時の連絡先(電話・メール等)
活動希望の支援内容・活動可能日時・保護者連絡先(18歳未満のみ)

※登録する個人情報は阿賀町社会福祉協議会が管理します。
本制度運用上必要となる地域団体等に情報を提供する場合があります。



<ボランティア希望者の登録時の同意事項>

○補償関連

- ・支援活動中のトラブルは、ボランティア保険に規定範囲内の補償となります。
- ・車両関連のトラブルは、ボランティアさんが加入している自動車保険でご対応頂きます。

○秘密保持関連

- ・ボランティアとして知り得た利用者及びその家族の情報の第三者への口外は禁止です。
- ・利用者に対して、物品の斡旋・販売・勧誘等の行為は禁止です。
- ・利用者に対して、宗教団体の活動及び政党の宣伝活動の行為は禁止です。
- ・その他事業の支障となるような行為は禁止です。

○ボランティア登録希望者が18歳未満の場合

- ・ボランティアの登録には、保護者の同意が必要となります。
- ・同ボランティアは、サービス利用券以外の金銭が関係する支援活動は行えません。

※登録のお申込みについて、ご不明点等は、阿賀町社会福祉協議会にお問い合わせください。

みんなでささエール事業

有償ボランティア登録FAX申込書

上記「支援登録時の同意事項」に同意のうえ、以下のとおり申し込みます。

| | | | | | | | | | | |
|----------|--|----|---|--------------------------------|--------|-------------------------------|-------|----|---|----|
| 氏名 | | | | TEL | | | | | | |
| 住所 | 阿賀町 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 | 平成 | 年 | 月 | 日 (歳) | 性別 | 男性 | 女性 | | |
| 支援活動可能日時 | 午前・午後 | | | 時 | 分 | ～ | 午前・午後 | | 時 | 分 |
| | (週 | | | 回 | ・ | 指定曜日 |) | | | |
| 面談可能日時 | <input type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土・日 | | | <input type="checkbox"/> AM (| | 時 | ～ | 時) | | |
| | <input type="checkbox"/> いつでも | | | <input type="checkbox"/> その他 (| | <input type="checkbox"/> PM (| | 時 | ～ | 時) |

| | | | |
|---------------|-------|--|---|
| ※申込者が18歳未満の場合 | 保護者氏名 | | 印 |
|---------------|-------|--|---|

【申し込み・お問い合わせ】社会福祉法人阿賀町社会福祉協議会

TEL 92-3088

FAX 92-5177