### Załącznik nr 1 do Regulaminu akcji

###  Senioralna Mapa Poznania

## Centrum Inicjatyw Senioralnych

## ul. Mielżyńskiego 24

## 61-725 Poznań

# Wniosek o przyznanie wyróżnienia w ramach akcji Senioralna Mapa Poznania

|  |
| --- |
| **DANE PODMIOTU** |
| Nazwa podmiotu |  |
| Rodzaj podmiotu |  |
| Adres podmiotu |  |
| Telefon stacjonarny podmiotu |  |
| Strona www |  |
| Adres e-mail podmiotu |  |
| Osoba do kontaktu (imię, nazwisko, bezpośredni nr tel.) |  |
| **OPIS DZIAŁALNOŚCI** |
| Jakie ciekawe i rozwijające wydarzenia skierowane do seniorek i seniorów organizuje podmiot? Jak często tego typu wydarzenia są organizowane? Czy podmiot posiada stałą ofertę dla seniorów? Czy i w jaki sposób planuje ją rozwijać? **(punktacja 0-3)** |
| Czy siedziba podmiotu jest miejscem spotkań oraz integracji środowiska senioralnego? **(punktacja 0-3)** |
| Czy podmiot inicjuje prosenioralne rozwiązania? Jakie? **(punktacja 0-3)** |
| Czy podmiot współpracuje z innymi podmiotami działającymi na rzecz seniorów? Jakimi i w jaki sposób? **(punktacja 0-3)** |
| Czy i w jaki sposób podmiot promuje swoją ofertę wśród osób starszych? Czy podmiot współpracuje z Centrum Inicjatyw Senioralnych? **(punktacja 0-3)** |
| Czy wydarzenia organizowane przez podmiot są bezpłatne? Czy podmiot oferuje zniżki dla seniorów? **(punktacja 0-3)** |
| Czy i w jaki sposób podmiot dba o przyjazną atmosferę i zapewnia profesjonalną oraz życzliwą obsługę? **(punktacja 0-3)** |
| Czy podmiot posiada udogodnienia architektoniczne dostosowane do potrzeb osób starszych? Czy w jego siedzibie zostały zniwelowane bariery architektoniczne? Czy stosuje się dodatkowe udogodnienia dla seniorów – pętla indukcyjna, uchwyty na laski, lupy stolikowe? Czy do siedziby podmiotu jest dogodny dojazd – bliskość przystanków komunikacji miejskiej, bezpłatny parking? **(punktacja 0-3)** |

**Uwaga!**

Podmiot musi uzyskać minimum 1 punkt w ramach każdej sekcji, aby wniosek o przyznanie wyróżnienia został rozpatrzony pozytywnie i podmiot mógł być poddany dalszej ocenie podczas wizytacji.

…………………………………………………………………….

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania zgłaszanego podmiotu

**Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentowania zgłaszanego podmiotu:**

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z Regulaminem akcji Senioralna Mapa Poznania oraz informacją o przetwarzaniu danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

…………………………………………………………………….

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania zgłaszanego podmiotu