

平成30年7月豪雨(岡山県倉敷市真備町)被災地支援活動【被災地支援者募集】

日本社会福祉士会では、岡山県社会福祉士会からの協力依頼を受け、被災地支援に関わっていただける都道府県社会福祉士の会員を募集しています。以下をご覧ください、趣旨に賛同し活動いただける方は、ぜひ別紙登録フォームでご登録をお願いします。

1 活動内容

(1) 倉敷市ボランティアセンターの運営支援、または (2) 真備町のローラー調査

2 活動場所

(1) 倉敷市ボランティアセンター

【集合場所】 中国ポリテクカレッジ (JR 山陽本線 新倉敷駅から徒歩約20分)

【集合時間】 8:00

・住所 岡山県倉敷市玉島長尾 1242-1

(2) ローラー調査

【集合場所】 倉敷市保健所 (JR 山陽本線 倉敷駅から約4km)

【集合時間】 7:30

・住所 岡山県倉敷市笹沖 170

★現段階で車(レンタカー)の手配ができていません。自家用車の提供(現地への持ち込み)が可能な方を優先します。(駐車場の確保、ガソリン代、保険は自己負担となります。)

★ボランティアセンターの支援は宿泊拠点から徒歩とJRで移動が可能です

■ 宿泊拠点 (活動日は2日以上の方対象)

鴨方高校セミナーハウス (JP 山陽本線 鴨方駅から徒歩約15分)

・住所 岡山県浅口市鴨方町鴨方 819

※公共交通機関の最新の運行状況(時刻表)及び集合場所等の地図は各自でご確認ください。

3 活動日程と期間

活動日は8月1日から9月30日(当面、ローラー調査は8月10日)まで。活動期間は1日でも構いません。(※活動日のご希望に添えない場合もあります。)

4 被災地支援登録フォーマットの送付先

一般社団法人 岡山県社会福祉士会			
E-Mail	info@csw-okayama.org	FAX	086-201-5340



※派遣調整は岡山県社会福祉士会で行います。

・登録いただいた方でも、活動可能日や現地の活動要請と条件が合わない場合がございます。ご協力をお願いする登録者には岡山県社会福祉士会からご連絡いたします。連絡がない場合は、今回は派遣の対象とならなかったものとご理解ください。派遣対象とならなかったことを個別に連絡はいたしません。ご希望に添えない場合があることをご了承ください。

●活動の内容と留意点

被災地の自治体等の「側面的支援」です。現地職員の指示のもと、ローラー調査では全戸訪問、ボランティアセンター支援では住民からのニーズ受付、相談、調査、ボランティア支援状況の確認、後追い調査、センタースタッフの補助的業務等が想定されます。

(現地の職員が、より判断をしやすいように、活動しやすいように、という観点からの被災地支援活動をお願いいたします。)

5 活動者について

活動者は都道府県社会福祉士会会員の社会福祉士(※入会手続き中も含む)です。未入会の方はぜひこの機会にご入会ください。

6 費用負担について(原則) 費用や準備物等に関する原則的な考え方は以下のとおりです。

①日本社会福祉士会にて負担する費用・用意するもの	②個人にて用意する費用・用意するもの
「被災地滞在に関する費用等」 <ul style="list-style-type: none"> 被災地における宿泊場所(※宿泊可能な室内のスペースを確保) 活動支援費(被災地での滞在費:活動日1日あたり3,000円)(※原則、移動日は含みません。)(活動報告書の提出が必要です。) 宿泊拠点から活動拠点への交通手段(※車など) 活動に関する保険(※移動日を含めボランティア保険に団体加入) 被災地で必要な備品等 	「被災地外における諸経費、身の回りにかかる物品等」 <ul style="list-style-type: none"> 自宅から宿泊・活動拠点への往復交通費・食費 被災地滞在中の生活用品(衣類、タオル、マスク、薬、虫よけ等) その他、当該活動地域にて必要なもの(活動地確定時にお知らせします)

※①については、日当及び交通費(現地での鉄道運賃)は活動実績にもとづきお支払いいたします。

※②について、都道府県士会によって会員に活動支援を行っているところもありますので、ご所属の都道府県士会にお問い合わせください。

※また、往復交通費については、後日、精算する可能性もありますので領収書を保管してください。

岡山県社会福祉士会事務局へご送付ください E-Mail info@csww-okayama.org
 送付の流れ: 会員 → 岡山県社会福祉士会事務局 FAX 086-201-5340
 ※沖縄県社会福祉士にもFAXをお願いいたします。 FAX098-943-5249

平成 30 年 7 月豪雨(岡山県倉敷市真備町)
 被災地支援者登録フォーム

(2018 年 月 日)

フリガナ			
氏名			
日本社士会がつけた通しの会員番号		年齢	
所属都道府県士会名		性別	男性 ・ 女性
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
自宅	住所	(〒)	
	電話番号	携帯	
	FAX		
	E-mail	@	
勤務先	名称		
	住所	(〒)	
	電話番号	FAX	
	E-mail	@	
実務経験 (必ずご記入ください)	相談支援業務	経験年数	年 月
		<input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 社協(経験分野:) <input type="checkbox"/> その他()	
	福祉団体間のコーディネート経験	ある ・ ない	
	地域での組織運営、会議運営経験	ある ・ ない	
	成年後見人としての受任経験	ある ・ ない	
災害時の支援経験	<input type="checkbox"/> ある(活動内容:) (期間: 日間程度) <input type="checkbox"/> ない		
運転免許、資格等	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許(普通・AT限定) → 日常的に運転している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> パソコン基本操作(可・不可) <input type="checkbox"/> その他資格・免許()		
自家用車提供の可否	可 ・ 不可		
活動可能日 (現地で活動可能な日)	月 日() ~ 月 日() ※活動日は1日でも構いません。		
派遣依頼文書の要否	<input type="checkbox"/> 必要 ※チェックのある方のみ送付します	派遣依頼文書 ・送付先住所 ・所属長の職名・氏名	
備考(持病、活動制限等)			

※このフォームでご提供いただいた個人情報は、本被災地支援者の募集/派遣業務以外に使用することはありません。