

Formularz zgłoszeniowy
OPIEKA WYTCHNIENIOWA 2023

1. Dane osobowe uczestnika:

| | |
|--------------------|--|
| Nazwisko | |
| Imię | |
| Data urodzenia | |
| Adres zamieszkania | |

2. Dane osobowe opiekuna:

| | |
|--------------------|--|
| Nazwisko | |
| Imię | |
| Data urodzenia | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |

3. Informacje o stanie zdrowia uczestnika:

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------|
| Uczestnik posiada uczulenia pokarmowe i ograniczenia dotyczące przyjmowania posiłków | TAK NIE | Jeśli TAK to jakie? |
| Uczestnik powinien spożywać specjalną dietę | TAK NIE | Jeśli TAK to jaką? |
| Uczestnik cierpi na alergie | TAK NIE | Jakie? |
| Uczestnik choruje na astmę | TAK NIE | |
| Uczestnik choruje na choroby przewlekłe | TAK NIE | Jeśli TAK, to jakie? |
| Uczestnik regularnie przyjmuje leki. | TAK NIE | Jeśli TAK, to jakie i w jakich godzinach? |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. Rodzaj niepełnosprawności uczestnika (zaznaczyć, te które dotyczą uczestnika):

- osoba niesłysząca / słabo słyszająca
- osoba niewidoma / słabo widząca
- osoba z zaburzeniami psychicznymi *
- osoba z niepełnosprawnością ruchową *
- osoba z upośledzeniem umysłowym w stopniu:
 - lekkim
 - umiarkowanym
 - znacznym
- osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi :
 - Zespół Aspergera
 - Autyzm
 - Zespół Downa
 - Mózgowe Porażenie Dziecięce

W przypadku zaznaczenia niepełnosprawności z symbolem * prosimy o kilka słów dodatkowego opisu (tj. rodzaj zaburzenia psychicznego, stopień niepełnosprawności ruchowej, sposób poruszania się)

5. Informacje o zachowaniu uczestnika

Jak uczestnik reaguje na nowe otoczenie i sytuacje?

Inne uwagi dotyczące zdrowia/zachowania uczestnika:

6. Sytuacja życiowa uczestnika i opiekuna

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Łączna liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym uczestnika i opiekuna | |
| Liczba osób niepełnosprawnych oraz dzieci poniżej 17 roku życia we wspólnym gospodarstwie domowym | |
| Uczestnik korzysta ze wsparcia lub placówek pobytu całodobowego (np. ośrodek szklono-wychowawczy, internat) | TAK NIE |

OŚWIADCZENIE:

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Do formularza dołączam kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności uczestnika.

.....

.....

/miejsce i data/

/czytelny podpis opiekuna/