***Formularz zgłoszeniowy***

***OPIEKA WYTCHNIENIOWA 2022***

**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 | TAKNIE | 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 słysząca

 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? |
|  |
| Jakie są zainteresowania uczestnika? |
|  |
| 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.

Data i miejsce\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Czytelny podpis opiekuna