***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 | 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 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