# KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA

# DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ

# Warsztat Terapii Zajęciowej w Cieni Drugiej

**część A (wypełnia kandydat/opiekun prawny/opiekun faktyczny)**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE I SYTUACJA ŻYCIOWA KANDYDATA:** |

**Data przyjęcia podania:** ................../..................../....................

1. **Nazwisko i imię:** .……………….…………………………..……..
2. **Adres zamieszkania:** …………………………………………...……...

……………………………………………...…...

1. **Data urodzenia:** ................./..................../.....................
2. **Numer PESEL** …………………………………………………..
3. **Seria i numer dowodu osobistego** ………………………………………………
4. **Numer telefonu uczestnika:** …………………………………………….….....
5. **Numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego** …………………………………….
6. **Wcześniejsze miejsca pobytu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Okres pobytu (w latach)** | **Miejsce** | **Przyczyny rezygnacji** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Stopień niepełnosprawności intelektualnej**: ……..…………/symbol ………...
2. **Orzeczenie: Stałe / okresowe\*** do kiedy:……………… ………….…...
3. **Niepełnosprawność istnieje od\*:** urodzenia / wczesnego dzieciństwa / nabyta

**12. Choroby współistniejące** ........…………………………………………...………...….. ………………………………………………………………………………......…………….………………………………………………………………………...…………........…………………………………………..……………………………………………

**13**. **Edukacja:** TAK / NIE \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

**14**. **Dotychczasowa edukacja**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj szkoły** | **Adres** | **Poziom zaawansowania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**14**. **Pracował:** TAK / NIE\*

**15**. **Dotychczasowa praca:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Okres (lata)** | **Stanowisko** | **Miejsce pracy** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**16. Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Imię i nazwisko** | **Stan pokrewieństwa** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**18.** **Status prawny kandydata:**..................................................................................

**(pełnia praw, całkowite lub częściowe ubezwłasnowolnienie)**

**OGÓLNE INFORMACJE O KANDYDACIE:**

**1. Sposób poruszania się:** chodzi samodzielnie, chodzi prowadzony pod rękę, chodzi z laską / przy balkoniku, porusza się na wózku, korzysta z wózka przy pomocy osób drugich.\*

**2. Samoobsługa:**

czynności fizjologiczne: pełna samodzielność, samodzielnie z pomocą, zgłasza potrzeby, pampersy.\*

jedzenie: samodzielnie, z pomocą, karmienie tradycyjne\*

inne………………………………………………………………………………

ubieranie się: pełna samodzielność, z pomocą, brak samodzielności\*

sposób komunikowania się z otoczeniem: słowny – pełna zdolność, słowny - proste zdania, słowny – pojedyncze słowa, gestem, zrozumiały dla najbliższych, niezrozumiały\*,

inny………………………………………………………………………………..

**3. Sprawność manualna:** swobodne wykonywanie czynności, ograniczone, brak sprawności\*

**4**. **Środki farmakologiczne:** TAK / NIE\* jakie?......................................................

**5**. **Inne informacje:**  .....................................……………………………………… ……………………………………………………………………………………...

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warsztat Terapii Zajęciowej w Cienie Drugiej 21,62-860 Opatówek.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Cienia Druga, dnia ......./......../................ ………………………………….…………………... (podpis kandydata/opiekuna faktycznego /opiekuna prawnego )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić