

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Konstantynowie

1. **Nazwisko i imię:**

2. **Adres zamieszkania:**

.....

3. **Data urodzenia:**/...../.....

4. **Numer telefonu:**

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

6. **Wcześniejsze miejsca pobytu lub korzystanie z usług placówek pomocy**

społecznej/rehabilitacji:

LP	OKRES POBYTU (W LATACH)	MIEJSCE	PRZYCZYNY REZYGNACJI

7. **Stopień niepełnosprawności:**

8. **Rodzaj niepełnosprawności:**

9. **Czas trwania niepełnosprawności: niepełnosprawność wrodzona***

niepełnosprawność nabyta (od kiedy?)*

10. **Choroby współistniejące:**

.....

11. **Korzystanie ze sprzętu ortopedycznego i wspomagającego:**

12. **Ewentualny sposób przybycia na zajęcia do WTZ -**

13. Edukacja:

L.P	RODZAJ SZKOŁY	ADRES	POZIOM ZAAWANSOWANIA

14. Pracował: TAK / NIE*

15. Dotychczasowa praca:

LP	OKRES (LATA)	STANOWISKO	MIEJSCE PRACY

16. Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym:

17. Sytuacja materialna rodziny: zła, średnia, dobra, bardzo dobra*

18. Status prawny kandydata:.....
(całkowite lub częściowe ubezwłasnowolnienie)

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

20. 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.....

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

22. Środki farmakologiczne: TAK / NIE*

jakie?.....

.....
23. Inne informacje:

.....
.....
Niniejszym potwierdzam prawdziwość podanych informacji oraz to, że zostałem zapoznany/a z procedurą kwalifikacyjną do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Konstantynowie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w mojej Karcie zgłoszenia uczestnictwa do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Konstantynowie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883, z późn. zm.)

Konstantynów, dnia/...../.....

.....
(podpis kandydata/rodzica/opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić