

## KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ

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 WTZ:** .....

13. **Edukacja:**

LP	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\*, 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 WTZ 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 obowiązującymi przepisami.

Konstantynów, dnia .....

(podpis kandydata / rodzica / opiekuna prawnego)

\_\_\_\_\_  
\*niepotrzebne skreślić