

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA  
DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ  
Stowarzyszenia „Otwarte Drzwi”**

Data zgłoszenia: .....

Nr ewidencyjny: .....

**I. DANE OSOBOWE:**

IMIĘ I NAZWISKO

.....  
.....

DATA URODZENIA

.....  
.....

ADRES ZAMIESZKANIA

.....  
.....

TELEFONY .....

.....

**II. DANE O STANIE ZDROWIA:**

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wg.

orzeczenia).....

OKRES WAŻNOŚCI

ORZECZENIA.....

.....

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ PODSTAWOWA (prosimy zaznaczyć)

- upośledzenie umysłowe
- niepełnosprawność ruchowa
- zaburzenia psychiczne

inne (jakie?)

.....  
.....

SCHORZENIA WSPÓLISTNIEJĄCE (prosimy zaznaczyć)

- padaczka
- niedosłuch
- wada wzroku
- wada serca
- inne (jakie?)

.....  
.....

PRZYJMOWANE LEKI

.....  
.....

OPIEKA SPECJALISTYCZNA (prosimy zaznaczyć)

- psychiatra
- neurolog
- kardiolog
- inna (jaka?)

.....  
.....

NAZWA PLACÓWKI SPECJALISTYCZNEJ – tel. kontaktowy

.....  
.....

III. SYTUACJA ŻYCIOWA

DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG REHABILITACJI:

- rodzaj i rok ukończenia  
szkoły.....  
.....
- udział w różnych formach rehabilitacji społecznej (prosimy podkreślić właściwe,  
podać adres i okres pobytu)

WTZ.....  
.....

Środowiskowy Dom Samopomocy  
.....

Ośrodki dziennego  
pobytu.....  
.....

Świetlice  
terapeutyczne.....  
.....

Inne  
(jakie?).....  
.....

- dotychczas podejmowane zatrudnienie (gdzie, kiedy, jak długo?)  
.....  
.....  
.....  
.....

#### SYTUACJA RODZINNA

- imię i nazwisko matki: ....., imię i nazwisko ojca:  
.....
- rodzina (prosimy podkreślić właściwą)
  - pełna
  - niepełna (kto wspiera osobę niepełnosprawną: matka, ojciec,  
inny człowiek rodziny?)  
.....  
.....
- ilość osób .....
- warunki mieszkaniowe.....  
.....
- sytuacja materialna (prosimy podkreślić właściwą)
  - dobra

przeciętna

zła

IV. KTÓRĄ PRACOWNIĄ KANDYDAT jest najbardziej zainteresowany? (prosimy o zaznaczenie)?

- pracownia plastyczna
- pracownia krawiecko – rękodzielnicza
- pracownia gospodarstwa domowego
- pracownia introligatorsko – poligraficzna
- pracownia administracyjno – biurowa

V INNE INFORMACJE WAŻNE Z PUNKTU WIDZENIA

REHABILITACJI .....

.....

.....

.....

.....

.....

/Data, Podpis kandydata/

\* DO ARKUSZA PROSIMY DOŁĄCZYĆ ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI