**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 WSPÓŁISTNIEJĄCE (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*