**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

**STOWARZYSZENIA OTWARTE DRZWI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Preferowany termin przyjęcia | |  |
| DANE KANDYDATA | | |
| Imię i nazwisko |  | |
| Data urodzenia |  | |
| Adres zamieszkania |  | |
| Telefony kontaktowe |  | |
| E-mail |  | |
| Stopień niepełnosprawności (wg aktualnego orzeczenia) | * Znaczny * umiarkowany | |
| Rodzaj niepełnosprawności  (wg aktualnego orzeczenia) | * 01 – U * 02 – P * 06 – E * Inne (jakie?) ………………………………………………………………….. | |
| Status prawny | * Osoba ubezwłasnowolniona * Osoba nieubezwłasnowolniona | |
| DANE OSOBY DO KONTAKTU  krewny/ opiekun prawny/ kurator\* | | |
| Imię i nazwisko |  | |
| Telefony kontaktowe |  | |
| E-mail |  | |

\*niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| SPECJALNE POTRZEBY KANDYDATA | |
| Schorzenia współistniejące i zalecenia lekarskie ich dotyczące | * epilepsja …………………………………………………………………………………….. * wada słuchu ………………………………………………………………………………. * wada wzroku ……………………………………………………………………………… * wada serca …………………………………………………………………………………. * inne (jakie?)…………………………………………………..…………………………….   ……………………………………………………………………………………………………. |
| Inne informacje ważne z punktu widzenia rehabilitacji | ……………………………………………………………………………………………………………  …..……………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG REHABILITACJI | |
| **Ukończona szkoła**- pełna nazwa, kierunek, rok ukończenia | …………………………………………………………………….................………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………. |
| **Udział w różnych formach rehabilitacji społecznej**  - 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** |  |
| **Kto na co dzień wspiera osobę z niepełnosprawnością?**  – proszę wymienić osoby (np. matka, ojciec, in. członek rodziny) |  |
| **Warunki mieszkaniowe** | Dobre Przeciętne Złe |
| **Sytuacja materialna** | Dobra Przeciętna Zła |

|  |  |
| --- | --- |
| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU | |
| Aktualne **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności** | * Tak, załączam * Nie – dlaczego?............................................................ |
| **Inne dokumenty** - jakie? –  opinia psychologiczna, świadectwo ukończenia szkoły, istotne zaświadczenia lekarskie itp. | ……………………………………………………………………………………..…….  ……………………………………………………………………………..…………….  ……………………………………………………………………………….…………… |

|  |
| --- |
| **Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww danych osobowych**  **przez Warsztat Terapii Zajęciowej Stowarzyszenia Otwarte Drzwi**  zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).  ………………………………………….  Data zgłoszenia  ………………………………………………………………………………………………………..  Podpis kandydata/ opiekuna prawnego/ kuratora |