**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 |