

Arkusz kwalifikacyjny osoby kandydującej do mieszkania treningowego

1. DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Numer PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon/e-mail	
Imiona i nazwiska członków rodziny/opiekunów, nr telefonu	

2. STAN ZDROWIA

2.1.	Symbol niepełnosprawności (wg orzeczenia lub zaświadczenia lekarza*): <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<input type="checkbox"/> 04-O – choroby narządu wzroku<input type="checkbox"/> 05-R – upośledzenie narządu ruchu<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<input type="checkbox"/> 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego<input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe<input type="checkbox"/> * zaświadczenie o objęciu opieką lekarza psychiatry
------	---

2.2.	Stopień niepełnosprawności (wg orzeczenia, jeśli dotyczy): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
2.3.	Okres ważności orzeczenia z Miejskiego Zespołu Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności
2.4.	Okres ważności orzeczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
2.5.	Schorzenia współistniejące: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> niedosłuch <input type="checkbox"/> wada wzroku <input type="checkbox"/> wada serca <input type="checkbox"/> brak schorzeń współistniejących inne (jakie?)
2.6.	Przyjmowane leki i dawkowanie
2.7.	Korzystanie z przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sprzęt ortopedyczny <input type="checkbox"/> sprzęt rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> sprzęt który umożliwiającą komunikowanie się <input type="checkbox"/> nie korzystam z przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych inne (jakie?)

2.8.	<p>Informacje dodatkowe – uczulenia</p> <p><input type="checkbox"/> na leki (jakie?)</p> <p><input type="checkbox"/> na pokarmy (jakie?)</p> <p><input type="checkbox"/> na środki higieniczne (jakie?)</p> <p><input type="checkbox"/> przeciwwskazania (jakie?)</p> <p><input type="checkbox"/> brak uczuleń</p> <p>inne (jakie?)</p>
2.9.	<p>Opieka specjalistyczna</p> <p><input type="checkbox"/> psychiatra</p> <p><input type="checkbox"/> neurolog</p> <p><input type="checkbox"/> kardiolog</p> <p><input type="checkbox"/> brak opieki specjalistycznej</p> <p>inne (jaka?)</p>
2.10.	<p>Nazwa placówki specjalistycznej – tel. kontaktowy</p> <p>.....</p>

3. SYTUACJA ŻYCIOWA

3.1.	<p>Udział w różnych formach rehabilitacji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> Warsztaty Terapii Zajęciowej</p> <p><input type="checkbox"/> Środowiskowy Dom Samopomocy</p> <p><input type="checkbox"/> Ośrodki dziennego pobytu</p> <p><input type="checkbox"/> Świetlice terapeutyczne</p> <p><input type="checkbox"/> Brak udziału w formach rehabilitacji społecznej</p> <p>Inne (jakie?)</p>
------	---

3.2.	Dotychczasowy przebieg zatrudnienia (pracodawca, okres zatrudnienia – jeśli dotyczy)
3.3.	Obecne miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy) – nr. telefonu
3.4.	Sytuacja rodzinna* <input type="checkbox"/> Imię i nazwisko matki: <input type="checkbox"/> Imię i nazwisko ojca: * jeśli rodzina jest niepełna proszę podać kto wspiera osobę z niepełnosprawnością
3.5.	Warunki mieszkaniowe (np. liczba osób w gospodarstwie domowym, liczba pokoi, czy osoba kandydująca posiada oddzielny pokój)
3.6.	Sytuacja materialna <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> przeciętna <input type="checkbox"/> zła

5. DOCHÓD

5.1.	Źródła dochodu osoby kandydującej: <input type="checkbox"/> renta socjalna <input type="checkbox"/> renta rodzinna <input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> świadczenie wspierające <input type="checkbox"/> dochód z tytułu pracy inne (jakie?)
------	---

6. INNE WAŻNE INFORMACJE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu prowadzenia rekrutacji do mieszkania treningowego.