Zał. 1 do Regulaminu


# Formularz rekrutacji do projektu „Praca środowiskowa drogą do podniesienia samodzielności osób z autyzmem.” (dalej Projekt)

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu:

………………………………………..………………………………………..

Wiek Uczestnika Projektu (w momencie składania zgłoszenia):

………………………………………..………………………………………..

Adres zamieszkania zgłaszanego Uczestnika Projektu:

…………………………………………………..………………………………

…………………………………………………..………………………………

tel. kontaktowy: ………………………………

adres e-mail: ………………………………

Jako Uczestnik Projektu/rodzic/opiekun prawny Uczestnika Projektu oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji do Projektu, nie wnoszę do niego uwag oraz zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim zapisów.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wskazanym
w regulaminie rekrutacji do Projektu.
3. W przypadku zakwalifikowania do Projektu zobowiązuję się do podpisania umowy na uczestnictwo w Projekcie, zgodnie z zał. 3 do Regulaminu.
4. Deklaruję chęć objęcia wsparciem wskazanym w Regulaminie w ilości

………… godzin miesięcznie (należy podać wartość pomiędzy 10 a 25).

1. Oświadczam, że przyjąłem/łam do wiadomości, iż zajęcia podlegają częściowej odpłatności w wysokości 10 zł/godz. i zobowiązuję się do regulowania należności z tego tytułu.
2. W przypadku zakwalifikowania Uczestnika do Projektu, zobowiązuję się dostarczyć, kopię dokumentacji potwierdzającej zgodność Uczestnika Projektu ze wskazaną
w Regulaminie grupą docelową.

…………………………………

( data i podpis)

Zał. 2 do Regulaminu


# Ankieta wstępna rekrutacji do projektu „Praca środowiskowa drogą do podniesienia samodzielności osób z autyzmem.” (dalej Projekt)

1. Imię i nazwisko kandydata na Uczestnika Projektu ………………………………………………………….................................................................................
2. Rodzeństwo Uczestnika Projektu (imię, wiek)
	* ……………………………………………………………………………..
	* ……………………………………………………………………………..
	* ……………………………………………………………………………..
3. Czy Uczestnik Projektu posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne)? Proszę o wskazanie stopnia niepełnosprawności (jeśli dotyczy) i rodzaju niepełnosprawności z uwagi, na które zostało wydane orzeczenie.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu posiada dokumentację medyczną/orzeczniczą potwierdzającą zaburzenia rozwoju psychicznego, autyzm, Zespół Aspergera lub podobne zaburzenia? Jeśli tak, proszę o wskazanie głównych zaburzeń z powyższej grupy.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik projektu posiada niepełnosprawności lub zaburzenia współistniejące ze wskazanymi w pkt 4? Jeśli tak, proszę wskazać jakie.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy w najbliższej rodzinie (gospodarstwie domowym) występują inne przypadki niepełnosprawności? Jeśli tak proszę opisać jakie.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu podlega opiece w placówce specjalistycznej (jakiej?)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy w ciągu ostatnich 2 lat Uczestnik Projektu uczestniczył wcześniej w zajęciach terapeutycznych, rehabilitacyjnych, edukacyjnych, innych (jakich, kiedy?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ocena stopinia samodzielności Uczestnika Projektu?

Oceniając proszę przyjąć kryterium skali: *0 nie wykonuje* ↔ *5 wykonuje samodzielnie*  i oznaczyć wybrane pole X

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ZAKRESY SAMODZIELNOSCI | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| toaleta osobista (kąpiel, mycie zębów, włosów) |  |  |  |  |  |  |
| zgłaszanie potrzeb fizjologicznych |  |  |  |  |  |  |
| załatwianie potrzeb fizjologicznych |  |  |  |  |  |  |
| ubieranie się |  |  |  |  |  |  |
| przemieszczanie się |  |  |  |  |  |  |
| komunikacja werbalna (mowa zrozumiała) |  |  |  |  |  |  |
| komunikacja pozawerbalna (gestem, dźwiękiem) |  |  |  |  |  |  |
| czytanie |  |  |  |  |  |  |
| samodzielne jedzenie |  |  |  |  |  |  |
| przygotowanie prostego posiłku |  |  |  |  |  |  |
| proste zakupy |  |  |  |  |  |  |
| niezależne poruszanie się po mieście |  |  |  |  |  |  |
| pomoc w pracach domowych |  |  |  |  |  |  |
| organizacja czasu wolnego |  |  |  |  |  |  |

1. Jak Uczestnik Projektu reaguje na zmiany schematu, rutyny?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu wykazuje zachowania autoagresywne, agresywne (jakie, kiedy, w jakich sytuacjach?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu prezentuje zachowania trudne? Jeśli tak, to jakie i w jakich sytuacjach ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Czy Uczestnik Projektu posiada zainteresowania, co lubi, czym się cieszy, co sprawia przyjemność?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy są rzeczy, sytuacje, czynności, których Uczestnik Projektu szczególnie nie lubi, boi się, unika?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Jak Uczestnik Projektu reaguje na sytuacje nowe, trudne?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu cierpi na inne, współistniejące choroby? (jakie, od kiedy?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu stosuje dietę? Jaką?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Czy Uczestnik Projektu przyjmuje na stałe leki? (jakie, z jakim wskazaniem?)

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Inne informacje, które mogą być ważne i przydatne podczas pracy i terapii:

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….

22. Co skłoniło Państwa do zgłoszenia się do Projektu?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

23. Jak trafiliście Państwo na informację o Projekcie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

24. Jakie są Państwa oczekiwania dotyczące terapii, rehabilitacji i wsparcia ze strony Stowarzyszenia Terapeutów?

* + ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Data wypełnienia ankiety: Osoba wypełniająca ankietę: