Zał. 1 do Regulaminu

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

Dane Uczestnika Projektu:

Imię i nazwisko: ………………………………………..………………………………………..

PESEL: ……………………………………….

Wiek Uczestnika Projektu (w momencie składania zgłoszenia):

………………………………………..………………………………………..

Stopień niepełnosprawności (w przypadku, gdy nadany).

………………………………………..………………………………………..

Adres zamieszkania:

…………………………………………………..………………………………

…………………………………………………..………………………………

Dane Rodzica/Opiekuna Prawnego skradającego oświadczenia woli w imieniu Uczestnika Projektu

Imię i nazwisko: ………………………………………..………………………………………..

PESEL: ……………………………………….

Adres zamieszkania:

…………………………………………………..………………………………

…………………………………………………..………………………………

Dane kontaktowe:

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. **Oświadczam, że przyjąłem/łam do wiadomości, iż zajęcia podlegają częściowej odpłatności w wysokości 15 zł/godz. i zobowiązuję się do regulowania należności z tego tytułu.**
4. W przypadku zakwalifikowania Uczestnika do Projektu, zobowiązuję się dostarczyć, kopię dokumentacji potwierdzającej zgodność Uczestnika Projektu ze wskazaną
w Regulaminie grupą docelową, w tym kopię orzeczenia o niepełnosprawności.

…………………………………………………………………

(data i podpis Uczestnika Projektu/rodzica/opiekuna prawnego )

**ZAKWALIFIKOWANIE UCZESTNIKA DO PROJEKTU**

**□ TAK**

**□ NIE**

…………………………………………………………………

( data i podpis Stowarzyszenia)


Zał. 2 do Regulaminu

# Ankieta wstępna rekrutacji do projektu „Bądźmy bliżej - środowiskowa rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych drogą do wielowymiarowego polepszenia ich jakości życia” (dalej Projekt)

1. Imię i nazwisko kandydata na Uczestnika Projektu ………………………………………………………….................................................................................
2. Rodzeństwo Uczestnika Projektu (imię, wiek)

……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………..

1. Proszę o wskazanie rodzaju/ów niepełnosprawności z uwagi, na które zostało wydane orzeczenie o niepełnosprawności oraz inne współistniejące zaburzenia.

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

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

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

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

1. Czy Uczestnik Projektu posiada dokumentację medyczną/orzeczniczą potwierdzającą zaburzenia rozwoju, autyzm, Zespół Aspergera lub inne rodzaje niepełnosprawności? Jeśli tak, proszę o wskazanie głównych zaburzeń z powyższej grupy **(lub dostarczyć kopię dokumentacji)**

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

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

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

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 stopnia 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

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

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

1. 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 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:

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

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

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

Data wypełnienia ankiety: Osoba wypełniająca ankietę: