

§ 1

INFORMACJE OGÓLNE

1. Regulamin określa zasady rekrutacji oraz warunki uczestnictwa w projekcie „Bądźmy bliżej - środowiskowa rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych drogą do wielowymiarowego polepszenia ich jakości życia” (dalej Projekt), współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu pn. „Działamy razem” (data konkursu - 2022 r.)
2. Celem projektu jest Zwiększenie samodzielności osób z niepełnosprawnościami poprzez wdrożenie pracy terapeutycznej prowadzonej w środowisku domowym zapewniającej efektywną i długofalową poprawę funkcjonowania osób z zaburzeniami z zakresu autyzmu w aspekcie społecznym, psychofizycznym i funkcjonalnym wraz z podniesieniem jakości opieki realizowanej przez rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych.
3. Projekt realizowany jest w okresie III 2023 r. – III 2024r. w partnerstwie dwóch podmiotów: 1. Stowarzyszenie Terapeutów - ul. Białostocka 9, 03-741 Warszawa, działającym jako Lider Projektu oraz 2. Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem - ul. Pająkowskiego 44/52, 87-100 Toruń – działającym jako Partner Projektu.

§ 2

WARUNKI UCZESTNICTWA

1. W projekcie mogą wziąć udział mieszkańcy:
 - 1.1 województwa mazowieckiego,
 - 1.2 województwa lubelskiego,
 - 1.3 województwa łódzkiego,
 - 1.4 województwa podlaskiego,
 - 1.5 województwa pomorskiego,
 - 1.6 województwa kujawsko-pomorskiego,
 - 1.7 województwa wielkopolskiego,
 - 1.8 województwa warmińsko-mazurskiego.
2. Uczestnikami Projektu (beneficjentami ostatecznymi) mogą być osoby z zaburzeniami rozwoju psychicznego, z autyzmem, Zespołem Aspergera, niepełnosprawnością intelektualną i innymi niepełnosprawnościami.
3. Uczestnicy Projektu, w momencie przystąpienia do Projektu powinni posiadać aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: znacznym, umiarkowanym lub lekkim (jeśli będzie wydane z uwagi na niepełnosprawność intelektualną, całościowe zaburzenia

rozwojowe, długotrwałą, chroniczną niepełnosprawność o charakterze psychicznym, niepełnosprawność sprzężoną) oraz posiadające zdiagnozowany autyzm lub podobne zaburzenie rozwoju, np. Zespół Aspergera, niepełnosprawność sprzężona, choroby psychiczne.

4. W przypadku osób, dla których nie wydaje się orzeczenia ze wskazaniem stopnia niepełnosprawności akceptowane będą również i takie orzeczenia (pod warunkiem udokumentowania przyczyny niepełnosprawności zgodnego z profilem beneficjenta ostatecznego).
 5. Wsparciem zostanie objętych 120 uczestników Projektu z obszaru wskazanego w pkt 1.
 6. Lider Projektu oraz Partner Projektu zastrzegają sobie możliwość zmiany limitów osób wskazanych w ust. 1 oraz 5, w szczególności w przypadku odpowiednio mniejszego/większego zainteresowania poszczególnych grup uczestników projektu.
 7. W przypadku, gdy liczba zgłoszeń będzie przewyższać ilość miejsc, Lider Projektu oraz Partner Projektu zastrzegają, iż pierwszeństwo w dostępie do oferowanej terapii będą miały osoby korzystające z dotychczasowej oferty terapeutycznej oferowanej odpowiednio przez Lidera/Partnera, oraz mogą brać pod uwagę kolejność zgłoszeń.
 8. Lider Projektu oraz Partner Projektu zastrzegają możliwość prowadzenia spotkań kwalifikacyjnych z kandydatem i jego rodzicami lub opiekunami prawnymi z weryfikacją formalną (orzeczenie o niepełnosprawności, stopień niepełnosprawności, diagnoza). Spotkania takie, będą przyjmowały głównie formułę spotkań w formie zdalnej. W ramach spotkania kwalifikacyjnego będzie badane zmotywowanie do uczestnictwa w projekcie, a także potrzeba objęcia wsparciem uczestnika projektu (szczególnie na tle innych osób, biorąc w szczególności pod uwagę rodzaje niepełnosprawności i ich sprzężenia oraz sytuację życiową uczestnika projektu i jego rodziny).
 9. Ostateczna decyzja co do zakwalifikowania danego uczestnika projektu będzie uzależniona od możliwości udzielenia wsparcia, zarówno w zakresie terapeutycznym, jak i możliwości organizacyjnych Lidera/Partnera (w szczególności dotyczących dysponowania odpowiednim personelem mogącym udzielić wsparcia oraz dostępnymi godzinami wsparcia).
- 10. W celu zgłoszenia chęci udziału w projekcie Uczestnik Projektu (lub odpowiednio jego rodzic/opiekun) zobowiązany jest, do złożenia do danego stowarzyszenia formularza uczestnictwa wraz z ankietą wstępną, stanowiące załącznik nr 1 i nr 2 do niniejszego Regulaminu – powyższe dokumenty mogą zostać dostarczone w oryginale lub w wersji elektronicznej na adres e-mail podany w Regulaminie.**
- 11. W przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie każdy uczestnik zobowiązany będzie do dostarczenia do danego Stowarzyszenia kompletu dokumentów potwierdzających warunki kwalifikacji do Projektu, w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności.**
- 12. DOSTARCZENIE KOMPLETU DOKUMENTÓW WARUNKUJE MOŻLIWOŚĆ ROZPOCZĘCIA UDZIELANIA WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU.**
- 13. LIDER/PARTNER PROJEKTU ZASTRZEGAJĄ ODMOWĘ OBJĘCIA WSPARCIEM W PRZYPADKU ISTNIENIA NIEUREGULOWANYCH NALEŻNOŚCI UCZESTNIKA**



PROJEKTU/JEGO RODZICA LUB OPIEKUNA WOBEC LIDERA/PARTNER PROJEKTU Z TYTUŁU JAKIEGOKOLWIEK REALIZOWANEGO PROJEKTU.

14. W Projekcie nie mogą uczestniczyć osoby, którym jest udzielane analogiczne wsparcie z innego projektu finansowanego przez PFRON.
15. W przypadku zakwalifikowania uczestnika do Projektu, będzie on zobowiązany do złożenia kopii dokumentów potwierdzających niepełnosprawności i jej stopień oraz zgodność występujących schorzeń ze specyfiką wskazaną w ust. 3.
16. W przypadku niepełnoletnich uczestników Projektu wszelkie dokumenty oraz oświadczenia woli związane z uczestnictwem w Projekcie będą składane przez rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Projektu.
17. Zgłoszenia będą przyjmowane w wersji papierowej lub w formie elektronicznej (skany podpisanego formularza zgłoszeniowego wraz ze ankietą wstępną), odpowiednio na adres:
 - 17.1 pfronzps@terapeuci.org.pl dla uczestników z obszaru, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1.1-1.5 (w tytule maila proszę wpisać „Rekrutacja PFRON”). Decyduje data wpływu.
 - 17.2 projektypfron@spoza.org dla uczestników z obszaru, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1.6-1.8 (w tytule maila proszę wpisać „Rekrutacja PFRON”). Decyduje data wpływu.

§ 3

OFEROWANE FORMY WPARCIA

1. W ramach Projektu przewiduje się wsparcie w formie zajęć terapeutycznych mających na celu rehabilitację społeczną realizowanych w środowisku domowym.
2. Liczba godzin udzielonego wsparcia, a także ich forma uzależniona będzie od aktualnych możliwości projektu, o możliwej do zaoferowania intensywności wsparcia decyduje odpowiednio Lider Projektu/Partner Projektu, stosowanie do obsługiwanego obszaru. Przyznanie mniejszej niż preferowana liczba godzin wsparcia nie może być przedmiotem roszczeń Uczestnika Projektu/Rodzica/Opiekuna prawnego Uczestnika Projektu.
3. **Usługi terapeutyczne świadczone w ramach Projektu podlegają opłacie wnoszonej przez Uczestników Projektu/jego rodzica lub opiekuna prawnego w wysokości 15 zł/godzinę.** Kwota ta stanowi uzupełnienie dofinansowania udzielonego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i stanowi finansowy wkład własny w Projekt.
4. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia z tytułu udzielonego wsparcia w terminie 14 dni od dnia otrzymania rachunku/faktury. Przez datę otrzymania rachunku/faktury rozumie się datę jej przesłania na adres e-mail podany w danych kontaktowych.
5. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika wyraża zgodę na przesyłanie faktury/rachunku w postaci elektronicznej bezpośrednio na adres e-mail wskazany w formularzu rekrutacyjnym.
6. Rozliczenie godzin wsparcia następować będzie comiesięcznie, z zastrzeżeniem, że ostatnia faktura/rachunek zostanie wystawiona/y za okres do 20 marca 2024 r.

7. Opóźnienie dłuższe niż 14 dni w dokonywaniu płatności, daje prawo do wstrzymania przez Lidera/Partnera Projektu udzielania wsparcia lub usunięcia danego Uczestnika Projektu z osób objętych wsparciem. Powyższe nie zwalania z obowiązku spłaty należności za już dokonane Wsparcie.
8. Dokładne dni i godziny udzielania Wsparcia zostaną ustalone pomiędzy Uczestnikiem Projektu/Rodzicem/Opiekunem prawnym Uczestnika Projektu, a Terapeutą wskazanym przez dane Stowarzyszenie do udzielania Wsparcia.
9. Lider i Partner Projektu zobowiązują się do zapewnienia wykwalifikowanych terapeutów z odpowiednim wykształceniem, przygotowaniem i doświadczeniem zawodowym niezbędnym do udzielania Wsparcia.
10. Lider i Partner Projektu zobowiązują się do przygotowanie Indywidualnego Planu Działania (IPD) dla Uczestnika Projektu uwzględniającego jego indywidualne predyspozycje, obszary deficytowe Uczestnika Projektu.
11. Lider i Partner Projektu zobowiązują się do udostępnienia Uczestnikowi Projektu /Rodzicowi/Opiekunowi prawnemu Uczestnika Projektu opracowanego IPD oraz uzgadnianiu z nim celów terapeutycznych (biorąc pod uwagę możliwości Uczestnika Projektu oraz biorąc pod uwagę fachową wiedzę terapeuty).
12. Lider i Partner Projektu zobowiązują się do umożliwienia zgłaszania uwag Uczestnikowi Projektu/Rodzicowi/Opiekunowi prawnemu Uczestnika Projektu odnośnie prowadzonego Wsparcia na adresy e-mail podane w ogłoszeniu rekrutacyjnym.

§ 4

OBOWIĄZKU UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Każdy uczestnik Projektu zobowiązany będzie do uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych zgodnie z ustalonym harmonogramem.
2. Rodzice/opiekunowie prawni uczestników Projektu zobowiązani będą do wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym w Regulaminie oraz umożliwienie realizacji zajęć zgodnie z ustalonym przez terapeutę Indywidualnym Programem Działań.
3. Uczestnicy projektu, a także ich rodzice/opiekunowie prawni zobowiązani będą do poddania się badaniom ewaluacyjnym po zakończenia uczestnictwa, na co wyrażają zgodę.
4. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do współdziałaniu z terapeutów przy udzielaniu Wsparcia, w szczególności osiągnięcia celów terapeutycznych wynikających z IPD.
5. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do zapewnienia miejsca do prowadzenia zajęć terapeutycznych.
6. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu informowania Stowarzyszenie o wszelkich okolicznościach uniemożliwiających udzielenia Wsparcia Uczestnikowi Projektu, w tym w szczególności zmiany danych teleadresowych Uczestnika Projektu.
7. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do stosowania się do zaleceń terapeuty.

8. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do podpisywania kart ewidencji godzin wsparcia udzielanego Uczestnikowi Projektu.
9. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do poddania kontrolom, audytom i badaniom ewaluacyjnym prowadzonym w ramach Projektu, zarówno przez Stowarzyszenie, PFRON, jak i inne podmioty upoważnione do kontroli realizacji Projektu.

§ 5

USUNIĘCIE UCZESTNIKA PROJEKTU Z OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM

1. Liderowi/Partnerowi Projektu przysługuje prawo do usunięcia Uczestnika Projektu z grona osób objętych wsparciem z zachowaniem 2-tygodniowego okresu wypowiedzenia.
2. Uczestnikowi Projektu/jego rodzicowi/opiekunowi prawnemu przysługuje prawo do rezygnacji z uczestnictwa w projekcie z zachowaniem 2-tygodniowego okresu wypowiedzenia.
3. Lider/Partner Projektu zastrzegają możliwość usunięcia Uczestnika Projektu ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - a) brak przestrzegania przez Uczestnika Projektu/Rodzica/Opiekuna prawnego Uczestnika Projektu Regulaminu;
 - b) utratę przez Uczestnika Projektu statusu uprawniającego go do uczestnictwa w Projekcie zgodnie z Regulaminem
 - c) braku regulowania opłat z tytułu uczestnictwa w Projekcie w terminach wynikających z Regulamin
 - d) zaistnienie sytuacji zagrażających zdrowiu lub życiu Terapeuty;
 - e) rozwiązanie umowy o dofinansowanie Projektu.
4. Rezygnacja z uczestnictwa w projekcie, o którym mowa w ust. 2 nie zwalnia Uczestnika Projektu/Rodzica/Opiekuna prawnego Uczestnika Projektu z obowiązku do poddania się badaniom i kontrolom, o których mowa w § 4 oraz uregulowania płatności za dotychczas zrealizowane zajęcia.

§ 6

DANE OSOBOWE

1. Informacja dla osób składających zgłoszenie do Projektu do Lidera Projektu:

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, iż:

 - a) Administratorem danych osobowych uczestników Projektu oraz ich rodziców/opiekunów prawnych jest Stowarzyszenie Terapeutów, z siedzibą przy ul. Białostockiej 9, w Warszawie (03-741 Warszawa).

- b) Wszelkie wiadomości dotyczące przetwarzania danych osobowych należy kierować na adres poczty elektronicznej: terapeuci@terapeuci.org.pl
- c) Dane przetwarzamy w celu przeprowadzenia rekrutacji do Projektu i dla potrzeb jego realizacji oraz kontroli i audytów prowadzonych przez PFRON i audytora zewnętrznego.
- d) Podanie danych osobowych jest konieczne do udziału w rekrutacji, a w przypadku zakwalifikowania – do udziału w Projekcie. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest niezbędność wykonania zasad konkursu organizowanego przez PFRON „Działamy razem” (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
- e) Każda osoba, która przekaze nam swoje dane, ma prawo żądania dostępu do swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a po zakończeniu umowy, prawo sprzeciwu wobec przetwarzania.
- f) W przypadku gdyby Stowarzyszenie Terapeutów przetwarzała dane w sposób niewłaściwy, kandydat/uczestnik ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- g) Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (nie ma profilowania) przez okres niezbędny do prawidłowego rozliczenia Projektu.

2. Informacja dla osób składających zgłoszenie do Projektu do Partnera Projektu:

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE informujemy, iż:

- a) Administratorem danych osobowych uczestników Projektu oraz ich rodziców/opiekunów prawnych jest Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu z siedzibą przy ul. Pająkowskiego 44/52 (87-100 Toruń).
- b) Wszelkie wiadomości dotyczące przetwarzania danych osobowych należy kierować na adres poczty elektronicznej: biuro@spoza.org
- c) Dane przetwarzamy w celu przeprowadzenia rekrutacji do Projektu i dla potrzeb jego realizacji oraz kontroli i audytów prowadzonych przez PFRON i audytora zewnętrznego.
- d) Podanie danych osobowych jest konieczne do udziału w rekrutacji a w przypadku zakwalifikowania – do udziału w Projekcie. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest niezbędność wykonania zasad konkursu organizowanego przez PFRON „Działamy razem” (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
- e) Każda osoba, która przekaze nam swoje dane ,ma prawo żądania dostępu do swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a po zakończeniu umowy, prawo sprzeciwu wobec przetwarzania.
- f) W przypadku gdyby Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu przetwarzała dane w sposób niewłaściwy, kandydat/uczestnik ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- g) Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (nie ma profilowania) przez okres niezbędny do prawidłowego rozliczenia Projektu.

§7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejszy regulamin może ulec zmianie w przypadku gdy będzie to konieczne z uwagi na zmiany wprowadzone do wniosku o dofinansowanie, zmianę przepisów prawa lub warunków umowy o dofinansowanie.
2. Każdy z Uczestników Projektu potwierdza pisemne zapoznanie się z niniejszym Regulaminem na oświadczeniu własnym.

Formularz rekrutacji do projektu „Bądźmy bliżej - środowiskowa rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych drogą do wielowymiarowego polepszenia ich jakości życia” (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 składającego 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)



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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)

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

4. 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**)

.....

.....

.....

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

.....

.....



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Stowarzyszenie Terapeutów



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

.....

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

.....

8. Ocena stopnia samodzielności Uczestnika Projektu?

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

ZAKRESY SAMODZIELNOCI	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						

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

.....

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

.....

.....

.....

11. Czy Uczestnik Projektu prezentuje zachowania trudne? Jeśli tak, to jakie i w jakich sytuacjach

.....

.....

.....

12. Czy Uczestnik Projektu posiada zainteresowania, co lubi, czym się cieszy, co sprawia przyjemność?

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

15. Czy Uczestnik Projektu stosuje dietę? Jaką?

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

17. 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: