

**Formularz rekrutacji do projektu „Dla siebie nawzajem - terapia środowiskowa dla włączenia społecznego”
(dalej Projekt)**

Dane Uczestnika Projektu:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wiek Uczestnika Projektu (w momencie składania zgłoszenia):

Stopień niepełnosprawności (w przypadku, gdy nadany):

Okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności:

Adres zamieszkania:

.....

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

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Dane kontaktowe:

tel. kontaktowy:

adres e-mail: (prosimy wypełnić drukowanymi literami)

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 tym przekazanych danych wrażliwych w zakresie wskazanym w Regulaminie rekrutacji do Projektu.
3. **Oświadczam, że przyjąłem/łam do wiadomości, iż zajęcia podlegają częściowej odpłatności w wysokości 19 zł/godz. i zobowiązuję się do regulowania należności z tego tytułu.**
4. **Do zgłoszenia załączam kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności**

.....

(podpis Uczestnika
Projektu/rodzica/opiekuna prawnego)

Zgłoszenie niekompletne (w tym z brakami w zakresie orzeczenia czy ankiety) nie będą rozpatrywane!

ZAKWALIFIKOWANIE UCZESTNIKA DO PROJEKTU

☐ TAK

☐ NIE

.....
(data i podpis Stowarzyszenia)



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych





Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**Ankieta wstępna rekrutacji do projektu „Dla siebie nawzajem -
terapia środowiskowa dla włączenia społecznego” (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/orzecznictwem potwierdzającą zaburzenia rozwoju, spektrum autyzmu 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



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 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						

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 Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu?

-
-
-
-
-
-

Osoba wypełniająca ankietę:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Oświadczenie

Oświadczam, że (właściwie zaznaczyć):

* Uczestnik Projektu nie bierze udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON

* Uczestnik Projektu bierze udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
(prosimy o wskazanie organizacji realizującej projekt, tytuł projektu, rodzaj wsparcia, okres udziału w projekcie)

.....

.....

.....

.....

podpis Uczestnika Projektu/rodzica/opiekuna prawnego



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

