



Zrealizowano dzięki wsparciu
Gminy Miasta Toruń



zał. 1 do Regulaminu

**Formularz rekrutacji do projektu „AUTYZM STOP-program skutecznej pomocy terapeutycznej”
(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 (proszę wpisać drukowanymi literami):



Zrealizowano dzięki wsparciu
Gminy Miasta Toruń



1. Rodzeństwo Uczestnika Projektu (imię, wiek)

.....
.....
.....

2. Czy uczestnik wychowywany jest przez samodzielnego rodzica? TAK/NIE

3. Proszę o wskazanie rodzaju/ów niepełnosprawności z uwagi, na które zostało wydane orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli zostało wydane) 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.

.....
.....
.....



6. Czy Uczestnik Projektu podlega opiece w placówce specjalistycznej (jeśli tak to 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 SAMODZIELNOŚCI	0	1	2	3	4	5
toaleta osobista (kąpiel, mycie zębów, włosów)						
zgłaszanie potrzeb fizjologicznych						
załatwianie potrzeb fizjologicznych						
ubieranie się						
przemieszczanie się						



Zrealizowano dzięki wsparciu
Gminy Miasta Toruń



komunikacja werbalna (mowa rozumiała)						
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 (jeśli tak to jakie, kiedy, w jakich sytuacjach?)

.....

.....

.....

.....



Zrealizowano dzięki wsparciu
Gminy Miasta Toruń



.....
.....

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?

.....
.....
.....



Zrealizowano dzięki wsparciu
Gminy Miasta Toruń



.....
.....

15. Czy Uczestnik Projektu stosuje dietę? Jeśli tak to jaką?

.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....

18. Jakie są Państwa oczekiwania dotyczące wsparcia ze strony Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu?

-
-
-



Zrealizowano dzięki wsparciu
Gminy Miasta Toruń



-
-
-

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

- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do Projektu, nie wnoszę do niego uwag oraz zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim zapisów.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wskazanym w Regulaminie rekrutacji do Projektu.
- 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 wypełnienia ankiety:

podpis Uczestnika Projektu/rodzica/opiekuna prawnego

.....

ZAKWALIFIKOWANIE UCZESTNIKA DO PROJEKTU

TAK

NIE

.....

(data i podpis Stowarzyszenia)