



Dofinansowano ze środków
Gminy Miasta Toruń



zał. 1 do Regulaminu

Formularz rekrutacji do projektu „**Autyzm Autentycznie** – program wieloaspektowego wsparcia osób w spektrum autyzmu i środowiska rodzinnego” współfinansowanego ze środków Gminy Miasta Toruń. (dalej Projekt)

Dane Dziecka (osoba zgłaszana do projektu)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wiek (w momencie składania zgłoszenia):

.....

Stopień niepełnosprawności (w przypadku, gdy nadany).

.....

Czy jest mieszkańcem Gminy Miasta Toruń (zaznaczyć właściwe):

TAK

NIE

Dane Rodzica/Opiekuna Prawnego składającego oświadczenia woli w imieniu Dziecka

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

Dane kontaktowe: tel. kontaktowy:

adres e-mail (proszę wpisać drukowanymi literami):

.....



KWESTIONARIUSZ:

1. Rodzeństwo Dziecka (imię, nazwisko, wiek)

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

2. Czy zgłaszane Dziecko wychowywane 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 zgłaszane Dziecko posiada dokumentację medyczną/orzeczniczą potwierdzającą zaburzenia rozwoju, spektrum autyzmu lub inne rodzaje niepełnosprawności? Jeśli tak, proszę o wskazanie rodzaju dokumentacji oraz czego dotyczy (po zakwalifikowaniu do projektu należy dostarczyć kopię dokumentacji).

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

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

.....
.....

6. Czy Dziecko podlega opiece w placówce specjalistycznej (jeśli tak to jakiej?)

.....
.....

7. Czy w ciągu ostatnich 2 lat Dziecko uczestniczyło 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						
komunikacja werbalna (mowa zrozumiała)						
komunikacja pozawerbalna (gestem, dźwiękiem)						
czytanie						
samodzielne jedzenie						
niezależne poruszanie się po mieście						
pomoc w pracach domowych						
organizacja czasu wolnego						

9. Jak Dziecko reaguje na zmiany schematu, rutyny?

.....

10. Czy Dziecko wykazuje zachowania autoagresywne, agresywne (jeśli tak to jakie, kiedy, w jakich sytuacjach?)

.....

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

.....



Dofinansowano ze środków
Gminy Miasta Toruń



zał. 1 do Regulaminu

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

.....

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

.....

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

-
-
-

Jako Rodzic/Opiekun Prawny zgłaszanego Dziecka 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 Dziecka, zobowiązuję się dostarczyć, kopię dokumentacji potwierdzającej zgodność Uczestnika Projektu ze wskazaną w Regulaminie grupą docelową (w tym np. zaświadczenie lekarskie, opinię ze szkoły, kopię orzeczenia o niepełnosprawności jeżeli posiada itp.).*
- *Deklaruję terminowe opłacanie faktur wystawianych przez SPOZA w Toruniu za zrealizowane zajęcia (30zł/1h).*

Data wypełnienia ankiety:

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego

.....

.....

ZAKWALIFIKOWANIE UCZESTNIKA DO PROJEKTU

TAK NIE

.....

(data i podpis SPOZA w Toruniu)