

Załącznik 1 do Regulaminu

Formularz rekrutacji do projektu „Intensywna rehabilitacja zawodowa i społeczna osób w spektrum autyzmu” (dalej Projekt)

Dane Kandydata na 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 Kandydata na Uczestnika Projektu:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

tel. kontaktowy:

adres e-mail:

Preferowane terminy uczestnictwa w warsztatach terapeutycznych:

Projekt zakłada udział każdego z uczestników w 2 tygodniowych cyklach warsztatów terapeutycznych. Warsztaty będą odbywać się w godzinach 9.00-13.00. Proszę zaznaczyć minimum 2 terminy (można zaznaczyć więcej, a nawet wszystkie dostępne opcje), w których Kandydat na Uczestnika może wziąć udział w warsztatach terapeutycznych:

- ☐ Tydzień I: 06-10.07.2026 r.
- ☐ Tydzień II: 13-17.07.2026 r.
- ☐ Tydzień III: 03-07.08.2026 r.
- ☐ Tydzień IV: 10-14.08.2026 r.

Warunkiem rozpatrzenia formularza rekrutacji jest wskazanie co najmniej 2 terminów z powyższej listy. Ostateczne terminy udziału w warsztatach zostaną potwierdzone po zakończeniu rekrutacji.

Proszę o wskazanie rodzaju lub rodzajów niepełnosprawności, ze względu na które zostało wydane orzeczenie, a także innych współistniejących zaburzeń:

.....

.....

.....

Ocena stopnia samodzielności Kandydata na 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						

Czy Kandydat na Uczestnika Projektu wykazuje zachowania trudne, w tym autoagresywne i
agresywne (jakie, kiedy, w jakich sytuacjach)?

.....

.....

.....

Czy Kandydat na Uczestnika Projektu posiada zainteresowania, co lubi, czym się cieszy, co
sprawia przyjemność?

.....

.....

.....

Czy są rzeczy, sytuacje, czynności, których Kandydat na Uczestnika Projektu szczególnie nie lubi,
boi się, unika?

.....

.....

.....

Jak Kandydat na Uczestnika Projektu na sytuacje nowe, trudne?

.....

.....

.....

Czy Kandydat na Uczestnika Projektu stosuje dietę? Jaką?

.....

.....

.....

Inne informacje, które mogą być ważne i przydatne podczas realizacji warsztatów terapeutycznych:

.....

.....

.....

.....
(data i podpis Kandydata na Uczestnika
Projektu/rodzica/opiekuna prawnego)

Jako Kandydat na Uczestnika 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. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego/mojego dziecka* przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu, z siedzibą przy ul. Suwalskiej 49 w Toruniu (87-100). Zgoda jest bezterminowa i dotyczy wykorzystania mojego/mojego dziecka* wizerunku na wszystkich polach eksploatacji (m.in. poprzez zamieszczanie zdjęć na stronie internetowej SPOZA, w social mediach SPOZA.)
4. Do zgłoszenia załączam kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

**niepotrzebne skreślić*

.....
(data i podpis Kandydata na Uczestnika
Projektu/rodzica/opiekuna prawnego)

ZAKWALIFIKOWANIE UCZESTNIKA DO PROJEKTU (wypełnia SPOZA)

- ☐ TAK
☐ NIE

.....
(data i podpis SPOZA)