

Formularz rekrutacji do projektu „Siła Samodzielności - terapia środowiskowa drogą do zwiększenia samodzielności i 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 terminowego 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)

Ankieta wstępna rekrutacji do projektu „Siła Samodzielności - terapia środowiskowa drogą do zwiększenia samodzielności i włączenia społecznego” (dalej Projekt)

1. Imię i nazwisko Kandydata na Uczestnika Projektu

.....

2. Rodzeństwo Kandydata (imię, wiek)

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

4. Czy Kandydat posiada dokumentację medyczną/orzeczniczą 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.

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

8. Ocena stopnia samodzielności Kandydat.

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 Kandydat reaguje na zmiany schematu, rutyny?

.....

.....

.....

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

14. Jak Kandydat reaguje na sytuacje nowe, trudne?

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

15. Czy Kandydat stosuje dietę? Jaką?

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

16. Czy Kandydat 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 dla Kandydata ze strony Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu?

➤
➤
➤
➤
➤
➤

Osoba wypełniająca ankietę:

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że (właściwie zaznaczyć):

- Kandydat nie bierze udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON

- Kandydat bierze udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON (prosimy o wskazanie organizacji realizującej projekt, tytuł projektu, rodzaj wsparcia, okres udziału w projekcie oraz opisanie zakładanych efektów).

.....

.....

.....

.....

Jednocześnie oświadczam, że zakładane efekty udziału w projekcie „Siła Samodzielności - terapia środowiskowa drogą do zwiększenia samodzielności i włączenia społecznego” oraz w innych projektach finansowanych przez PFRON będą różne.

.....

Data i podpis Kandydata na Uczestnika Projektu/Rodzica/Opiekuna prawnego

Zgoda na wykorzystanie wizerunku

Niniejszym 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 Toruniu, w social mediach SPOZA w Toruniu.)

.....
Data i podpis Kandydata na Uczestnika Projektu/Rodzica/Opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić