

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego



Załącznik nr 2 do Regulaminu Dziennego Domu „Jesteśmy razem”

Kwestionariusz zgłoszeniowy

I. Dane uczestnika

Imię i Nazwisko	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

II. Dane osób upoważnionych do kontaktów w sprawach Uczestnika w tym w razie nagłych sytuacji:

Osoba nr 1

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
Inne możliwości kontaktu	

Osoba nr 2

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
Inne możliwości kontaktu	

III. Sytuacja zawodowa

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

Jestem osobą nieaktywną zawodowo (właściwie zaznaczyć - „X”)

- tak
 nie

Charakter gospodarstwa domowego (właściwie zaznaczyć - „X”)

- osoba samotna (bez rodziny)
 osoba samotnie zamieszkująca
 osoba zamieszkująca z rodziną

IV. Istotne informacje o stanie zdrowia

1.	Niepełnosprawność (załączyć orzeczenie)	Symbol niepełnosprawności	tak	nie
2.	Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe	Wymienić jakie:	tak	nie
3.	Alergia / uczulenia	Wymienić jakie:	tak	nie
4.	Uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne)	Wymienić jakie:	tak	nie
5.	Leki przyjmowane stałe w godz. 8.00-16.00	godz. lek godz. lek godz. lek	tak	nie
6.	Stosowana / wymagana dieta	Rodzaj diety, krótki opis:	tak	nie

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

7.	Wymagane wsparcie przy poruszaniu się	-nie wymaga
		-pomoc osoby drugiej -kule/laska -wózek inwalidzki -balkonik
8.	Stosowanie innych środków pomocniczych	-nie wymaga
		-okulary korekcyjne -aparat słuchowy -inne
9.	Sposób dotarcia do placówki oraz powrót	-samodzielnie
		-pod opieką osoby drugiej: Imię i nazwisko: nr telefonu:
10.	Zachowanie higieny osobistej	-samodzielnie
		-wymagana pomoc osoby drugiej
11.	Inne, nie ujęte powyżej ważne uwagi, dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej:	
12.	Właściwa przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej	Nazwa i adres przychodni Imię nazwisko lekarza rodzinnego POZ

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

V. Inne informacje przydatne w funkcjonowaniu w Dziennym Domu Senior+

1.	Wykształcenie	
2.	Doświadczenie zawodowe	
3.	Zainteresowania	
4.	Umiejętności	
5.	Oczekiwania	

.....
(data i czytelny podpis)

Wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestnictwa oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Domu Pobytu „Jesteśmy razem”, oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo oraz, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

.....
(data i czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych uczestników Domu jest Fundacja Terapeuci dla Rodziny. Dane przetwarzane są w celu rekrutacji i realizacji usług, ich podanie jest obowiązkowe w zakresie określonym przepisami prawa na podstawie ustawy o pomocy społecznej. Dane nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom, ani też do państw trzecich. Odbiorcami danych mogą być jedynie osoby i podmioty upoważnione do przetwarzania danych oraz uprawnione na podstawie przepisów prawa organy publiczne. Dane są przechowywane przez czas określony w przepisach prawa. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do wglądu w swoje dane, prawo ich uzupełniania i obowiązek zgłaszania Administratorowi zmiany danych osobowych.