

**„Kompleksowe usługi rehabilitacji zdrowotnej dla osób potrzebujących wsparcia w powiecie gliwickim”**

**ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY**

1. Imię i nazwisko:.....
2. Adres:.....
3. Grupa/stopecn niepelnosprownoSci:.....
4. Dochód miesięczny na jednà osobà w moim gospodarstwie:
  - nie przekracza 528 zł
  - przekracza 528zł
 dla osoby samodzielnie gospodarujàcej dochód nie przekracza
  - nie przekracza 701 zł
  - przekracza 701 zł
5. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepelnosprownoSci:
  - 1) dysfunkcja narzàdu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, dziecięce porażenie mózgowc; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowordzeniowa),
  - 2) dysfunkcja narzàdu wzroku
  - 3) zaburzenia psychiczne
  - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
  - 5) dysfunkcja narzàdu mowy i sluchu, pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,
  - 6) inne, jakie.....
6. Która z wymienionych niepelnosprownoSci jest niepelnosprownoScià gównà:.....
7. Czy porusza się Pan(i):

<b>W domu</b>	samodzielnie	z pomocà sprzëtów ortopedycznych itp.	nie porusza się samodzielnie, ani z pomocà sprzëtów ortopedycznych
<b>Poza miejscem zamieszkania</b>	samodzielnie	z pomocà sprzëtów ortopedycznych itp	nie porusza się samodzielnie, ani z pomocà sprzëtów ortopedycznych

8. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie -  
Tak/Nie

9. Jeśli Tak to jakiego typu wsparcie?.....

**I. ŚRODOWISKO:**

1. Z kim Pan(i) mieszka?.....

2. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?  
.....  
.....  
.....

3. Jakie trudności/.przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?  
.....  
.....  
.....

4. Czy może Pan(i) liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu  
codziennych czynności? Jeśli tak to jakie są to osoby i w jakich czynnościach  
pomagają:  
.....  
.....  
.....

**II. SPĘDZANIE CZASU WOLNEGO:**

1. Jakie ma Pan(i) zainteresowania, umiejętności, co Pan(i) lubi robić?  
.....  
.....

2. Czy chciałaby Pan(i) skorzystać z dziennej formy wsparcia w formie świetlicy?

Tak/Nie

Jeśli tak to z jakich powodów  
.....  
.....

**DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

3. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? Tak/Nie

4. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:  
.....  
.....  
.....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).*

Data:

.....

Podpis

.....