



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

ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

Grupa/stożenie niepełnosprawności:.....

Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponoworrdzeniowa),
- 2) dysfunkcja narządu wzroku
- 3) zaburzenia psychiczne
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu, pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,
- 6) inne, jakie.....

1. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:.....

2. Czy porusza się Pan(i):

W domu	samodzielnie	z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Poza miejscem zamieszkania	samodzielnie	z pomocą sprzętów ortopedycznych itp	nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

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

4. 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. Proszę opisać w paru zdaniach jak wygląda rozkład Pan(i) dnia.

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

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

.....
.....

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

Tak/Nie

Jeśli tak to z jakich powodów

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

4. Gdyby Pan(i) miał(a) jeden dzień tylko dla siebie, to jakby go Pan(i) spędził(a)?

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



III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? Tak/Nie
2. 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)