

Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacji do mieszkania treningowego/wspomaganego

## Arkusz kwalifikacyjny osoby kandydującej do mieszkania treningowego

### 1. DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Numer PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon/e-mail	
Imiona i nazwiska członków rodziny/opiekunów, nr telefonu	

### 2. STAN ZDROWIA

<b>2.1.</b>	Symbol niepełnosprawności (wg orzeczenia lub zaświadczenia lekarza*): <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe</li><li><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne</li><li><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu</li><li><input type="checkbox"/> 04-O – choroby narządu wzroku</li><li><input type="checkbox"/> 05-R – upośledzenie narządu ruchu</li><li><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja</li><li><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</li><li><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego</li><li><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</li><li><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne</li><li><input type="checkbox"/> 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego</li><li><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</li><li><input type="checkbox"/> * zaświadczenie o objęciu opieką lekarza psychiatry.</li></ul>
<b>2.2.</b>	Stopień niepełnosprawności (wg orzeczenia, jeśli dotyczy): <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> lekki</li><li><input type="checkbox"/> umiarkowany</li><li><input type="checkbox"/> znaczny</li></ul>
<b>2.3.</b>	Okres ważności orzeczenia z Miejskiego Zespołu Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności

	.....
<b>2.4.</b>	Okres ważności orzeczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  .....
<b>2.5.</b>	Schorzenia współistniejące:  <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> niedosłuch <input type="checkbox"/> wada wzroku <input type="checkbox"/> wada serca <input type="checkbox"/> brak schorzeń współistniejących <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....
<b>2.6.</b>	Przyjmowane leki i dawkowanie  .....  .....
<b>2.7.</b>	Korzystanie z przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:  <input type="checkbox"/> sprzęt ortopedyczny <input type="checkbox"/> sprzęt rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> sprzęt który umożliwiające komunikowanie się <input type="checkbox"/> nie korzystam z przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....
<b>2.8.</b>	Informacje dodatkowe – uczulenia  <input type="checkbox"/> na leki (jakie? .....) <input type="checkbox"/> na pokarmy (jakie? .....) <input type="checkbox"/> na środki higieniczne (jakie?.....) <input type="checkbox"/> przeciwwskazania (jakie?.....) <input type="checkbox"/> brak uczuleń <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....
<b>2.9.</b>	Opieka specjalistyczna  <input type="checkbox"/> psychiatra <input type="checkbox"/> neurolog <input type="checkbox"/> kardiolog <input type="checkbox"/> brak opieki specjalistycznej <input type="checkbox"/> inne (jaka?) .....
<b>2.10.</b>	Nazwa placówki specjalistycznej – tel. kontaktowy

	.....
--	-------

### 3. SYTUACJA ŻYCIOWA

<b>3.1.</b>	<p>Udział w różnych formach rehabilitacji społecznej</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Warsztaty Terapii Zajęciowej</li> <li><input type="checkbox"/> Środowiskowy Dom Samopomocy</li> <li><input type="checkbox"/> Ośrodki dziennego pobytu</li> <li><input type="checkbox"/> Świetlice terapeutyczne</li> <li><input type="checkbox"/> Brak udziału w formach rehabilitacji społecznej</li> </ul> <p>Inne (jakie?) .....</p>
<b>3.2.</b>	<p>Dotychczasowy przebieg zatrudnienia (pracodawca, okres zatrudnienia – jeśli dotyczy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>3.3.</b>	<p>Obecne miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy) – nr. telefonu</p> <p>.....</p>
<b>3.4.</b>	<p>Sytuacja rodzinna*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Imię i nazwisko matki:</li> <li><input type="checkbox"/> Imię i nazwisko ojca:</li> </ul> <p>* jeśli rodzina jest niepełna proszę podać kto wspiera osobę z niepełnosprawnością</p> <p>.....</p>
<b>3.5.</b>	<p>Warunki mieszkaniowe (np. liczba osób w gospodarstwie domowym, liczba pokoi, czy osoba kandydująca posiada oddzielny pokój)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>3.6.</b>	<p>Sytuacja materialna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dobra</li> <li><input type="checkbox"/> przeciętna</li> <li><input type="checkbox"/> zła</li> </ul>

#### 4. DOCHÓD

<b>4.1.</b>	Źródła dochodu osoby kandydującej: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> renta socjalna</li><li><input type="checkbox"/> renta rodzinna</li><li><input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny</li><li><input type="checkbox"/> świadczenie wspierające</li><li><input type="checkbox"/> dochód z tytułu pracy</li><li><input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....</li></ul>
-------------	--

#### 5. INNE WAŻNE INFORMACJE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu prowadzenia rekrutacji do mieszkania treningowego.

.....

/data, podpis osoby kandydującej/