

**Formularz zgłoszeniowy do Klubu Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi
w Zawadzie, Gmina Kłomnice**

I. Dane uczestnika zadania:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Adres zamieszkania:
.....
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Zaświadczenie od lekarza psychiatry wskazujące na potrzebę uczestnictwa w Klubie:
posiadam nie posiadam
6. Orzeczenie o niepełnosprawności: posiadam nie posiadam
7. Grupa/stopień niepełnosprawności:
8. Jaki jest Pana/i inny/dodatkový rodzaj niepełnosprawności:
 - 1) dysfunkcja narządu ruchu ,
 - 2) dysfunkcja narządu wzroku,
 - 3) zaburzenia psychiczne,
 - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
 - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
 - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,
9. Czy porusza się Pan(i):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp.

3) nie porusza się
samodzielnie, ani z
pomocą sprzętów
ortopedycznych

**Poza miejscem
zamieszkania**

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp.

3) nie porusza się
samodzielnie, ani z
pomocą sprzętów
ortopedycznych

10. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** /**Nie**

11. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?

.....
.....

11. Przyjmowane leki:

12. Czy występują zachowania trudne

tak

nie

II. 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:

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

III. Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości wsparcia oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania „Klub Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi” (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 (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość, data

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....

Potwierdzam uprawnienie do korzystania ze wsparcia w „Klubie Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi”

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do formularza zgłoszeniowego do zadania „Klub Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi” należy dołączyć zaświadczenia od lekarza psychiatry o stanie zdrowia i/lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.