Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji do Dziennego Domu Pobytu

„Senior+” w Kole

**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**

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

* TAK
* NIE

 **IV. CHARAKTER GOSPODARSTWA DOMOWEGO
 (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ - „X”)**

* OSOBA SAMOTNA (BEZ RODZINY)
* OSOBA SAMOTNIE ZAMIESZKUJĄCA
* ZAMIESZKUJĄCA Z RODZINĄ

**V. SYTUACJA DOCHODOWA**

Dochód netto na jednego członka rodziny (*osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące*) w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku wyniósł …………………………… zł

**VI. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Niepełnosprawność(*załączyć orzeczenie*) | TAKSymbol niepełnosprawności…………………………………….. | NIE |
| 2. | Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe | TAKWymienić jakie:……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | NIE |
| 3. | Alergia / uczulenia  | TAKWymienić jakie:………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | NIE |
| 4. | Uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne) | TAKWymienić jakie:………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | NIE |
| 5. | Leki przyjmowane stale w godz. 8.00-16.00 | TAKgodz. …… lek ……………………………………………………………godz. …… lek ……………………………………………………………godz. …… lek …………………………………………………………… | NIE |
| 6. | Stosowana/ wymagana dieta  | TAKRodzaj diety, krótki opis:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... | NIE |
| 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……………………………………………………………………. |

**VII. INNE INFORMACJE PRZYDATNE W FUNKCJONOWANIU W DZIENNYM DOMU**

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

……………………………………………..

 (data i czytelny podpis)

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

……………………………………………..

 (data i czytelny podpis)

* Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji do Dziennego Domu „Senior+” w Kole i akceptuje jego warunki.
* Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020.
* Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

……………………………………………..

 (data i czytelny podpis)