

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego.

Fundacja Opieka Plus

Załącznik nr 1 do Regulaminu
Dziennego Domu Pobytu
„Obok Lasu” w Grębiszewie

I Dane Uczestnika

Imię i Nazwisko	
Nr Pesel	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	

II Dane osób upoważnionych do kontaktu, w tym, do sytuacji nagłych

Osoba nr 1

Imię i Nazwisko	
Stopień Pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
Inny rodzaj kontaktu	

Osoba nr 2

Imię i Nazwisko	
Stopień Pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
Inny rodzaj kontaktu	

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego.

III Informacje zdrowotne

Orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Symbol	Nadciśnienie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Alergia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Alergen	Uzależnienia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jakie	
Inne choroby przewlekłe <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jakie?.....	Sposób poruszania się: <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> laska <input type="checkbox"/> kula łokciowa/pachowa 1 lub 2 <input type="checkbox"/> balkonik <input type="checkbox"/> chodzik rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki	
Cukrzyca <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak - Insulina <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Inne środki pomocnicze Okulary korekcyjne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Aparat słuchowy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Sposób dotarcia do placówki i powrót <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> wymaga pomocy drugiej osoby Nr. telefonu	Dieta <input type="checkbox"/> podstawowa <input type="checkbox"/> cukrzycowa <input type="checkbox"/> wątrobowa <input type="checkbox"/> wege	Zachowanie higieny osobistej <input type="checkbox"/> Samodzielnie <input type="checkbox"/> Wymaga pomocy

Jestem osobą aktywną zawodowo (zaznaczyć właściwe przez wstawienie „X”)

TAK

NIE

Charakter gospodarstwa domowego

Osoba samotna (bez rodziny)

Osoba samodzielnie zamieszkująca

Osoba zamieszkująca z rodziną

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

IV Przyjmowane leki w godzinach 8.00 – 16.00

Nazwa leku	Dawka	Godziny przyjmowania

V Pozostałe informacje, przydatne w funkcjonowaniu w DDP

Wykształcenie	
Zawody wykonywane	
Zainteresowania, hobby	
Umiejętności	
Ulubiona muzyka	
Ulubiony program w TV	

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

VI Pozostałe informacje istotne ze względu na dobrostan osoby korzystającej z Dziennego Domu Pobytu.

.....

.....

.....

Wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestnictwa oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Domu Pobytu „Obok Lasu”, oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo, oraz, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność. Oświadczam też, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią Regulaminu Dziennego Domu Pobytu „Obok Lasu” i akceptuję jego warunki.

.....
(data i czytelny podpis)

Klauzula informacyjna Administratorem danych osobowych uczestników Domu jest Fundacja Opieka Plus. Dane przetwarzane są w celu rekrutacji i realizacji usług, ich podanie jest obowiązkowe w zakresie określonym przepisami prawa na podstawie ustawy o pomocy społecznej. Dane nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom, ani też do państw trzecich. Odbiorcami danych mogą być jedynie osoby i podmioty upoważnione do przetwarzania danych oraz uprawnione na podstawie przepisów prawa organy publiczne. Dane są przechowywane przez czas określony w przepisach prawa. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do wglądu w swoje dane, prawo ich uzupełniania i obowiązek zgłaszania Administratorowi zmiany danych osobowych