

**Formularz rekrutacyjny w projekcie
GENERATOR INNOWACJI. SIECI WSPARCIA**

**Przygotowywanie i dostarczanie obiadów seniorom zależnym
przez uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej w Krasnymstawie**

Dane uczestnika	1	Imię (imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	PESEL		
	4	Data urodzenia		
	5	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
	6	Wykształcenie		
Dane kontaktowe	7	Adres		
	8	Telefon kontaktowy		
Status uczestnika projektu	9	<p>Osoba z niepełnosprawnościami (<i>Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia</i>)</p> <p>ODMOWA PODANIA INFORMACJI</p>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak

<p>Czy mieszka Pan/ Pani sam/a czy z rodziną?</p>	<p>10</p>	
<p>Zakres codziennych potrzeb i czynności wymagających pomocy.</p>	<p>11</p>	<p>Czy kupuje Pan/Pani artykuły spożywcze, wychodząc z domu ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo</p> <p>Potrzebuję pomocy w</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Czy samodzielnie Pan/Pani przygotowuje sobie posiłki?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo</p> <p>Potrzebuję pomocy w</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Czy samodzielnie Pan/Pani spożywa posiłki?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo</p> <p>Potrzebuję pomocy w</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Czy samodzielnie Pan/Pani przemieszcza się po domu?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo</p> <p>Potrzebuję pomocy w</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Czy samodzielnie wykonuje Pan/Pani prace domowe np. mycie naczyń, sprząatanie?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo</p> <p>Potrzebuję pomocy w</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

		<p>W jakich innych codziennych potrzebach/ czynnościach i w jakim zakresie potrzebuje Pan/Pani pomocy?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Stan zdrowia	12	Osobista ocena stanu zdrowia	Ewentualne choroby
		<input type="checkbox"/> bardzo dobre <input type="checkbox"/> dobre <input type="checkbox"/> przeciętne <input type="checkbox"/> słabe <input type="checkbox"/> złe <input type="checkbox"/> bardzo złe	
		<p>Czy lekarz zalecił Panu/Pani jakąś dietę, związaną z chorobą? Proszę krótko wymienić wskazania lekarza lub nazwać rodzaj diety.</p>	

.....

.....

Miejscowość i data
kandydata do projektu

Podpis

Projekt realizowany jest w ramach projektu grantowego „Generator Innowacji. Sieci Wsparcia”, prowadzonego w formule inkubatora innowacji społecznych, przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „ę”. Projekt finansowany był ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Wkład własny zapewniła Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności w ramach Programu „Uniwersytety Trzeciego Wieku – Seniorzy w akcji”.