



*Załącznik do Regulaminu rekrutacji
do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne w Tłuszczu*

Wniosek o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne w Tłuszczu

DANE UCZESTNIKA:

Imię.....

Nazwisko..... (miejscowość, data)

Adres zam.

.....

Tel. kontaktowy.....

***Ośrodek Pomocy
Społecznej w Tłuszczu***

***WNIOSEK O PRZYJĘCIE
do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne w Tłuszczu***

Proszę o przyjęcie mnie do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne w Tłuszczu
i objęcie mnie wsparciem w ramach pobytu dziennego/całodobowego (*zaznaczyć właściwe*).

Oświadczam, iż posiadam orzeczenie o (*zaznaczyć właściwe*):

- 1) znacznym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 2) umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 3) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności¹⁾ w rozumieniu ww. ustawy.

¹⁾ Zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

Informacja o rodzaju niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐;
- 2) dysfunkcja narządu wzroku ☐;
- 3) zaburzenia psychiczne ☐;
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐;
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐;
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐.

Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów pomocy społecznej. Zostałam/em poinformowana/y, iż podanie danych jest dobrowolne, oraz że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych oraz możliwość ich zmiany (podstawa prawna: Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r .).

.....
(podpis uczestnika lub przedstawiciela
ustawowego)

W załączeniu przedkładam:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
2. Dokument potwierdzający ustanowienie przedstawiciela ustawowego – *obowiązkowe, w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego.*
3. Kwestionariusz samooceny.
4. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel
5. Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach w COM-ie wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie