



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-K051/19

Załącznik nr 11 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani–systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin”

**ANKIETA INFORMACYJNA**

**I. Dane osobowe osoby niesamodzielnej:**

1.	Imię i nazwisko	
2.	wiek	
4.	Adres zamieszkania	
5.	Przedszkole/Szkoła/klasa	
6.	Tryb edukacji	<input type="checkbox"/> Nauczanie indywidualne/ zindywidualizowana ścieżka <input type="checkbox"/> Nauczanie w klasie/grupie <input type="checkbox"/> Nauczanie domowe

**II. Dane osobowe opiekuna faktycznego, który bierze udział w doradztwie:**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Stopień pokrewieństwa	

**III. Sytuacja zdrowotna osoby niesamodzielnej:<sup>1</sup>**

A. Informacje o stanie zdrowia osoby niesamodzielnej:

.....

.....

B. Alergie, uczulenia:

.....

.....

C. Stosowana dieta, uwagi dot. odżywiania:

.....

.....

D. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:

<sup>1</sup> istotna z punktu widzenia sprawowania opieki sąsiedzkiej.



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-K051/19

- balkonik\*
- wózek inwalidzki\*
- kula\*
- inne: .....

**E. Specyficzne zachowania osoby niesamodzielnej:**

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

**F. Dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia opieki nad osobą niesamodzielną i inne uwagi:**

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

**IV. Ulubione formy spędzania wolnego czasu przez osobę niesamodzielną:**

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

**V. Oświadczam, że osoba niesamodzielna, którą się opiekuję może brać udział w zajęciach w formie grupowej poza miejscem zamieszkania.**

- Tak
- Nie

**VI. Oświadczam, że nie ma innej osoby (np. innego członka rodziny), która mogłaby zaopiekować się osobą niesamodzielną, której jestem opiekunem faktycznym, podczas mojego udziału w doradztwie.**

.....

Podpis uczestnika projektu<sup>2</sup>

\* właściwe podkreślić

<sup>2</sup> Dopuszcza się podpisanie dokumentu przez opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.