



KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
do Dziennego Domu Senior+ w Woli Drwińskiej

I. DANE UCZESTNIKA:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Ulica/miejscowość.....nr domu.....

Kod pocztowy.....miejscowość.....

Data urodzenia.....wiek.....

PESEL.....

Wykształcenie.....

Telefon kontaktowy.....

Dochód (zaznaczyć właściwe x) :

Posiadam dochód miesięczny netto (na jednego członka rodziny).....zł

Nie posiadam dochodu

II. OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe x):

1. Jestem osobą:

Nieaktywną zawodowo

Samodzielną

Zamieszkującą samotnie

Zamieszkującą z rodziną

Wymagającą częściowej opieki

Wymagającą stałej i długotrwałej opieki i pomocy osób drugich

2. Jestem zainteresowana/y wsparciem w zakresie aktywizacji:

Ruchowej

Edukacyjnej

Kulturalnej

Rekreacyjnej

Opiekuńczej (w tym ciepłego posiłku)



3. Jestem zainteresowana/y wsparciem następującą formą uczestnictwa w zajęciach:

- Forma stała - uczestnik korzysta codziennie ze wszystkich zajęć i usług
- Forma niestała - uczestnik korzysta ze wszystkich zajęć i usług w wybrane dni tygodnia

III. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1. Niepełnosprawność

- tak (załączyć orzeczenie lub grupę inwalidzką)
- nie

2. Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe

- tak (wymienić jakie)

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

...

- nie

3. Alergie/uczulenia

- tak (wymienić jakie)

.....
.....

- .. nie

4. Leki przyjmowane stale w godzinach 8.00-16.00

- tak (wymienić jakie)

godz.....lek.....

.godz.....lek.....

..

godz.....lek.....

- nie

5. Stosowana/wymagana dieta

- tak (rodzaj diety opisać)

.....
.....

- .. nie

6. Wymagane wsparcie przy poruszaniu się



- Nie wymaga
- Pomoc drugiej osoby
- Wózek inwalidzki
- Balkonik
- Kule/laska

7. Sposób dotarcia do placówki;

- Samodzielnie
- Za pomocą transportu z Dziennego Domu Senior +

8. Inne nie ujęte powyżej uwagi, dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej:

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

...

IV. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTÓW W RAZIE NAGŁYCH SYTUACJI

Osoba upoważniona do kontaktu:

Imię i nazwisko.....

Stopień pokrewieństwa.....

Telefon kontaktowy.....

.....

(data i czytelny podpis kandydata)



Oświadczenie kandydata/ki:

1. Oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na wzięcie udziału w programie Dziennego Domu Senior+ w Woli Drwińskiej i oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestniczenie w ww. Programie oraz, że uczestniczę w nim dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.
2. Wyrażam zgodę na dobrowolne i nieodpłatne wykorzystanie i rozpowszechnienie mojego wizerunku, utrwalonego jakąkolwiek techniką na nośnikach (w tym w postaci fotografii i dokumentacji filmowej) do celów informacyjnych i promocyjnych realizowanych zadań w Dziennym Domu Senior+ w Woli Drwińskiej.
3. Zgoda o której mowa w pkt.2 nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie.
4. Dla potrzeb promocji i informacji o zadaniach Dziennego Domu Senior+ w Woli Drwińskiej wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania, kadrowania i kompozycji, a także zestawiony z wizerunkami innych osób, może być uzupełniony towarzyszącym komentarzem, natomiast nagrania filmowe z jego udziałem mogą być cięte, montowane, modyfikowane, dodawane do innych materiałów powstających.
5. Zgoda o której mowa w pkt 2 obejmuje wszelkie formy publikacji, w szczególności rozpowszechnianie w internecie oraz portalach społecznościowych, w tym na stronie internetowej Urzędu Gminy w Drwini, Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Drwini oraz Dziennego Domu Senior + w Woli Drwińskiej.
6. Oświadczam, że przedłożone przeze mnie informacje w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.
7. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji uczestników do Dziennego Domu Senior+ w Woli Drwińskiej i akceptuję jego warunki.
8. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Dzienny Dom Senior+ w Woli Drwińskiej jest współfinansowany ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis kandydata)