**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY uczestnika / uczestniczki do projektu „Razem raźniej”- AOON/POMOC SĄSIEDZKA”**

(proszę wypełnić przez wstawienie znaku „X”, bądź uzupełnienie treści)

1. **DANE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3.** |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

*Nazwisko Imię Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **5.** |  |  | **5a.** |  |  |  | **5b.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Miejsce urodzenia Płeć (M, K) Wiek (pełne lata) PESEL*

**6. Wykształcenie:** (Proszę wstawić znak **X** przy wybranej pozycji)

□ niższe niż podstawowe □ podstawowe □ gimnazjalne □ ponadgimnazjalne □ policealne □ wyższe

1. **ADRES ZAMIESZKANIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Miejscowość Ulica Nr budynku Nr lokalu*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.** |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Kod pocztowy Województwo Powiat*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Gmina*

1. **DANE KONTAKTOWE** (obowiązkowo)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Nr telefonu Email*

1. **Czy jest Pan/i osobą samotną? Jeśli nie, proszę wskazać członków rodziny wraz z miejscem przebywania i numerem telefonu.**

….....................................................................................................................................................................................

….....................................................................................................................................................................................

….....................................................................................................................................................................................

….....................................................................................................................................................................................

1. **Czy posiada Pan/i stopień niepełnosprawności? Jeśli tak, to który?**

…................................................................................................................................................................................

**VI. Na jakie leczy się Pan/i schorzenia *(właściwe podkreśl)*:**

* schorzenia narządów ruchu
* schorzenia neurologiczne
* schorzenia kardiologiczne i oddechowe
* schorzenia narządu wzroku
* schorzenia psychiatryczne
* schorzenia narządu słuchu
* ­ schorzenia zaburzenia głosu, mowy
* schorzenia narządu pokarmowego
* inne, np. ….................................................................................................................................................................

…..............................................................................................................................................................................................

**VII. Jakie czynności dnia codziennego sprawiają Panu/i najwięcej trudności?** *(właściwe podkreśl)*

* samodzielne mycie się, czesanie,
* samodzielne ubieranie,
* samodzielna pielęgnacja tj. oklepywanie, robienie okładów,
* samodzielne spożywanie pokarmów,
* samodzielne poruszanie się pomieszkaniu,
* samodzielne przygotowywanie posiłków,
* samodzielne organizowanie prania bielizny, prasowanie,
* samodzielne dokonywanie bieżących porządków, w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych,
* samodzielne wychodzenie na dwór,
* robienie zakupów,
* samodzielne wyjście do lekarza, do miejsc publicznych, do urzędów,
* samodzielnym przemieszczaniu się do szkół i placówek oświatowych,
* samodzielnym uczestniczeniu w zajęciach edukacyjnych i procesie uczenia się, gromadzeniu materiałów, korzystaniu z biblioteki,
* korzystania z komunikacji miejskiej
* załatwianie spraw urzędowych
* Inne, jakie? .................................................................................................................................................................

**Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem uczestnictwa w projekcie „Razem Raźniej” i zobowiązuje się do jego przestrzegania**

………………………………………………………………………

Data i Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy