



## ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

ubiegających się o przyjęcie do Dziennego Domu Pobytu

w ramach projektu „**CUŚ DOBREGO!**” realizowanego w ramach Priorytetu IX Włączenie społeczne, Działania IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałania IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020,

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres .....

Nr tel. ....

**Wypełniając Formularz Zgłoszeniowy prosimy właściwe odpowiedzi zaznaczyć "X".**

**1. Jak określiłaby Pani/Pan swój stan zdrowia i aktywności**

- jestem osobą samodzielną,
- wymagam częściowej opieki lub pomocy,
- wymagam stałej i długotrwałej opieki i pomocy osoby drugiej.

**2. Jaka jest struktura Pani/Pana gospodarstwa domowego**

- jestem osobą samotną bez rodziny,
- jestem osobą samotnie gospodarującą ( posiadam rodzinę),
- zamieszkuję z rodziną.

**3. W jakim przedziale mieści się Pani/Pana dochód na osobę**

- nie posiadam żadnych dochodów,
- do 634 zł dla osoby samotnie gospodarującej,
- do 514 zł na osobę w rodzinie,
- powyżej 634 zł dla osoby samotnej i powyżej 514 zł dla osoby w rodzinie.

**4. Jeśli jest Pani/Pan osobą niepełnosprawną, proszę określić:**

- stopień niepełnosprawności/grupa inwalidzka.....
- rodzaj schorzenia lub symbol niepełnosprawności.....
- nie dotyczy

**5. Posiadane dysfunkcje:**

- Ruchowe
- Neurologiczne
- Wzroku
- Słuchu
- Dementywne
- Inne,(jakie?) .....



**6. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**

- osoba jest leżąca,
- porusza się: samodzielnie,
- o kulach,
- na wózku inwalidzkim,
- z pomocą drugiej osoby,
  
- przyjmuje pokarmy samodzielnie,
- jest karmiona przez drugą osobę,
- wymaga stosowania specjalnej diety  
(jakiej?).....

**7. Pan/Pani wymaga wykonywania zabiegów medycznych:**

- podawania leków za pomocą drugiej osoby,
- iniekcji,
- inne zabiegi medyczne – jakie?.....
- nie dotyczy

**8. Jestem zainteresowany/a wsparciem w zakresie aktywizacji:**

- ruchowej
- edukacyjnej
- kulturalnej
- rekreacyjnej
- socjalnej/psychologicznej

**9. Czy wymagam dowozu do Domu Dziennego Pobytu:**

- tak
- nie

**10. Dzienny Dom Pobytu świadczy usługi 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 16.00.**

**Czy Pan/Pani deklaruje pobyt 5 dni w tygodniu we wskazanych wyżej godzinach:**

- tak
- nie

.....  
Data / Własnoręczny czytelny podpis/ Podpis Opiekuna