

# KARTA KWALIFIKACYJNA KANDYDATA DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ

część A (wypełnia  
kandydat)

## DANE OSOBOWE I SYTUACJA ŻYCIOWA KANDYDATA:

1. **Nazwisko i imię:**

.....

2. **Data przyjęcia podania:**

...../...../.....

3. **Data urodzenia:**

...../...../.....

4. **Numer PESEL:**

.....

5. **Numer dowodu osobistego:**

.....

6. **Adres**

zamieszkania:.....Tel:.....

.....

7. **Status prawny**

kandydata:.....

(pełnoletni, całkowite lub częściowe ubezwłasnowolnienie)

8. **Orzeczenie o st. niepełnosprawności:** Tak / Nie\* **data ważności:**

.....

**stopień:**.....

**typ:**

.....

---

\* zakreślić właściwą odpowiedź

9. Dotychczasowa edukacja:

		ILOŚĆ KLAS/ ILOŚĆ LAT
<b>Edukacja zakończona na szkole</b>	wyższa	
	średnia zawodowa	
	średnia policealna	
	średnia ogólnokształcąca	
	zasadnicza zawodowa	
	zasadnicza zawodowa specjalna	
	gimnazjalna	
	gimnazjalna specjalna	
	podstawowa	
	podstawowa specjalna	
	nie ukończone gimnazjum	
	nie ukończone gimnazjum specjalne	
	nie ukończona podstawowa	
	nie ukończona podstawowa specjalna	
	szkoła życia	
nie uczęszczanie do szkoły		

10. Nazwa ostatniej jednostki oświatowej .....

11. Wyuczony zawód: .....

12. Pracował:                    TAK / NIE\*

13. Dotychczasowa praca:

LP	OKRES (LATA)	STANOWISKO	MIEJSCE PRACY

14. Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym:

LP	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Status zawodowy (pracujący, bezrobotny, rencista, emeryt)	Wykształcenie (wyższe, średnie i policealne, zasadnicze zawodowe, gimnazjalne, podstawowe, brak wykształcenia)

15. Sytuacja ekonomiczna kandydata:

.....

(czy pobiera rentę socjalną, rentę rodzinną, zasiłek opiekuńczy, inne)

16. Warunki środowiskowe uczestnika:

Rodzina pełna: Tak/ Nie \*

Miejsce zamieszkania: Dom/ Mieszkanie/ Lokal komunalny \*

Własny pokój: Tak/ Nie \*      Własne łóżko: Tak/ Nie\*

Dostęp do wody bieżącej: Tak/ Nie \*      Zimna \*/ Ciepła\*

Ogrzewanie: **CO/ Piec węglowy/Ogrzewanie elektryczne/ Brak ogrzewania \***

Mieszkanie dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej: **Tak/ Nie\***

**17. Czy był uczestnikiem WTZ** **Tak / Nie\***

Adres Warsztatu:

.....

Nazwa pracowni głównej:

.....

Okres uczęszczania (lata):

.....

Przyczyna rezygnacji:

.....

**18. Wcześniejsze miejsca pobytu w innych placówkach:**

<b>LP</b>	<b>OKRES POBYTU (W LATACH)</b>	<b>MIEJSCE</b>

**19. Opis kandydata**

Sposób nawiązywania kontaktu: wzrokowy / fizyczny/ emocjonalny/ słowny

(występujące zaznaczyć)

**Samoobsługa:** (występujące zaznaczyć)

	samodzielnie	ze słownym instruktążem	z pomocą częściową	wymaga stałej pomocy
realizacja potrzeb fizjologicznych				
spożywanie posiłku, w tym używanie podstawowych sztućców				
przygotowanie posiłku				
zachowanie się przy stole				
ubieranie się				
przygotowywanie odzieży				
mycie rąk, twarzy				
dbanie o higienę osobistą				

**Samodzielne funkcjonowanie:** (występujące zaznaczyć)

	samodzielnie	ze słownym instruktążem	z pomocą częściową	wymaga stałej pomocy
korzystanie z komunikacji miejskiej				
korzystanie z PKP				
korzystanie z PKS				
poruszanie się po znanej okolicy				
poruszanie się po nieznanym terenie				
dokonywanie zakupów				
przygotowanie na zajęcia				
inicjowanie własnych działań				

**20. Ewentualny sposób dojazdu na zajęcia WTZ -**

.....

## 21. Inne informacje:

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, danych osobowych mojego podopiecznego\* dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji do udziału w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Wojśławicach. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji procesu kwalifikacji i udziału w terapii.

Wojśławice, dnia ...../...../.....

.....

(podpis kandydata lub opiekuna)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na nieodpłatne przetwarzanie oraz rozpowszechnianie mojego wizerunku, wizerunku mojego podopiecznego\* utrwalonego jakkolwiek techniką na wszelkich nośnikach (w tym w postaci fotografii i dokumentacji filmowej) przez Gminno-Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Koziegłowach z siedzibą przy ul. 3 Maja 25, na potrzeby dokumentowania Warsztatu Terapii Zajęciowej. Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie. Dla potrzeb Warsztatu wizerunek, wizerunek mojego podopiecznego\* 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 modyfikowane oraz dodawane do innych materiałów powstających w celach informacyjnych i promocyjnych. Niniejsza zgoda obejmuje wszelkie formy publikacji, w szczególności rozpowszechnianie w Internecie ([www.kozieglowy.pl](http://www.kozieglowy.pl), oraz na profilach portalu społecznościowego Facebook). Podanie danych jest dobrowolne.

Wojśławice, dnia ...../...../.....

.....

(podpis kandydata lub opiekuna)

Oświadczam, iż zapoznałam(em) się i akceptuję wszystkie warunki przewidziane w regulaminie Warsztatu Terapii Zajęciowej w Wojśławicach.

Wojśławice, dnia ...../...../.....

.....

(podpis kandydata lub opiekuna)

\* niewłaściwe skreślić.

kontakty)

część B (wypełnia lekarz pierwszego

**DANE MEDYCZNO - REHABILITACYJNE:**

1. Imię i nazwisko ..... data ur.  
...../...../.....

2. Rozpoznanie:

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

3. Choroby współistniejące (uczulenia, zmiany skórne itp.):

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

4. Wady rozwojowe

Rodzaj schorzenia		Dookreślenie
sensoryczne	wzrok	
	słuch	
motoryczne/ ruchowe	skrzywienia kręgosłupa	
	porażenia kończyn	

	niedowład	
	zniekształcenia	
komunikacyjne	autyzm	
	narządy wymowy	
	zaburzenia mowy	
psychiczne/ społeczne/ intelektualne	upośledzenie umysłowe	
	zaburzenie psychiczne	
choroby somatyczne	nowotwór	
	cukrzyca	
	guz mózgu	
inne		

5. Istotne zabiegi medyczne i rehabilitacyjne:

Rok	Rodzaj zabiegu	Rok	Rodzaj zabiegu



6. Środki farmakologiczne regularnie podawane:

LP	Nazwa leku	Dawkowanie	LP	Nazwa	Dawkowanie

7. Potencjalne występowanie nagłych ataków lub innego rodzaju dolegliwości: TAK / NIE \*

8. Postępowanie w razie ataku epilepsji, pobudzenia psychoruchowego lub innej dolegliwości:

Rodzaj dolegliwości	Opis postępowania – środki farmakologiczne

9. Leki dodatkowe:

LP	Nazwa leku	Dawkowanie	LP	Nazwa	Dawkowanie

10. Rodzaj Diety:

.....

.....

.....

11. Uwagi dot. żywienia:

.....

.....

.....

.....

**12. Wskazania do rehabilitacji ruchowej :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**13. Korzystanie ze sprzętu ortopedycznego i wspomagającego:**

.....

.....

**14. Ogólna ocena stanu zdrowia, przeciwwskazania do zajęć WTZ :**

.....

.....

.....

.....

.....

data badania

.....

(imię i nazwisko kandydata)

pieczętka oraz podpis lekarza

.....

(miejscowość, data)