

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU „MOC LOKALNYCH INICJATYW W SUBREGIONIE I”

Rodzaj wsparcia (należy wybrać odpowiednie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wsparcie dla rodziców/opiekunów/członków rodzin/osób pracujących z OzN (zajęcia z psychologiem)	Wsparcie osób z niepełnosprawnością (diagnozy logopedyczne, SI, psychologiczne, zajęcia SI, TUS, psychologiczne warsztaty manualno-sensoryczne)
Dane osobowe uczestnika	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Data urodzenia	
Dane osobowe rodzica/opiekuna prawnego (jeżeli uczestnik jest nieletni)	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Dane kontaktowe	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Gmina	
	Kod pocztowy	
	Telefon komórkowy	
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Dane dodatkowe: (Dotyczy Wsparcie OzN diagnozy logopedyczne, SI, psychologiczne, zajęcia SI, TUS, psychologiczne warsztaty manualno-sensoryczne)	Załączono orzeczenie o niepełnosprawności*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Obszary wymagające wsparcia (zaznacz właściwe)	<input type="checkbox"/> Rozwój mowy <input type="checkbox"/> Integracja sensoryczna <input type="checkbox"/> Trudności emocjonalne <input type="checkbox"/> Trudności społeczne <input type="checkbox"/> Inne:
	Zaznacz właściwe:	Wcześniejsza diagnoza logopedyczna <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wcześniejsza diagnoza w zakresie integracji sensorycznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

		<p>Wcześniejsza diagnoza psychologiczna <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wcześniejszy udział w finansowanych publicznie konsultacjach diagnostycznych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Trudna sytuacja społeczno-ekonomiczna** <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
--	--	---

*Status osoby z niepełnosprawnością będzie weryfikowany na podstawie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

**Status ekonomiczny osoby z niepełnosprawnością będzie weryfikowany na podstawie decyzji z MOPS/GOPS.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

